

DAT BEPAAL IK (ZELF) WEL!

Onderzoeksrapport onvrijwillige somatische zorgverlening door ambulancezorgverleners



Auteur:	Jurgen Dekkers
Organisatie:	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord
Datum:	Mei 2022
Plaats:	Tilburg

DAT BEPAAL IK (ZELF) WEL!

Onderzoeksrapport onvrijwillige somatische zorgverlening door ambulancezorgverleners

© 2022 Auteur: Jurgen Dekkers

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Illustratie omslag:	https://www.ravbrabantmwn.nl/nl-NL/Werken-bij
Auteur:	Jurgen Dekkers
Studentnummer:	8115363
E-mailadres:	jaa.dekkers@student.avans.nl
Organisatie:	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord
Datum:	Mei 2022
Plaats:	Tilburg
Opleiding:	HBO-Rechten
Onderwijsinstelling:	Juridische Hogeschool Avans & Fontys te Tilburg
Afstudeerperiode:	november 2021 - mei 2022
Afstudeerdocenten:	Roos van den Bekerom & Jasper Oltheten
Afstudeermentor:	Ruud Verhalle

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Dat bepaal ik (zelf) well!'. Een onderzoeksrapport naar de (on)mogelijkheden met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten door ambulancezorgverleners. Dit onderzoek is uitgevoerd bij de Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord, door één van die ambulancezorgverleners. Dit onderzoek heb ik uitgevoerd ter afronding van mijn deeltijdopleiding HBO-Rechten aan de Juridische Hogeschool Avans & Fontys.

Want wie bepaalt nu eigenlijk welke zorg een patiënt nodig heeft? De patiënt of de ambulancezorgverlener? En moet een patiënt dan alles zomaar toelaten? Of moet de ambulancezorgverlener elke weigering zomaar accepteren? Het lijken zo'n makkelijke vragen.

Er zijn een aantal personen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoeksrapport, deze personen wil ik graag bedanken. Allereerst Ruud Verhalle en Jorik Loef voor de uitgebreide feedback en ondersteuning die ik van jullie heb ontvangen vanuit het werkveld. Daarnaast Roos van den Bekerom en Jasper Oltheten voor de uitgebreide feedback en ondersteuning vanuit de opleiding. Dank ook aan de collega's van de ambulance die hebben meegewerkt aan de interviews en op welke andere manier dan ook input hebben gegeven aan dit onderzoek. Brian Chin-Ten-Fung, bedankt voor het meedenken met de processen en het scherp houden van de planning. En natuurlijk bedank ik Kim Maessen – van Buggenum voor het meelezen, tegenlezen, meedenken en tegenspreken tijdens het proces van het schrijven van dit rapport en haar gehele support gedurende de afgelopen vier jaren. Ten slotte bedankt ik mijn echtgenote Harriëtta Melissen voor de tijd die zij mij gunde tijdens de talloze keren dat ik 'nog even' aan dit onderzoek moest werken, maar ook voor de ondersteuning en het begrip in de afgelopen vier jaren.

Ik hoop dat u dit rapport met veel plezier leest. Als u daarna een ambulancezorgverlener aan het werk ziet, vraagt u zich vast af: "Wie bepaalt er nu eigenlijk wat?".

Jurgen Dekkers

Tilburg, mei 2022

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	6
HOOFDSTUK 1. INLEIDING	7
1.1 PROBLEEMBESCHRIJVING	7
1.2 CENTRALE VRAAG	8
1.3 DOELSTELLING	8
1.4 DEELVRAGEN EN SUBDEELVRAGEN	8
1.5 ONDERZOEKSSTRATEGIEËN	9
1.6 BRONNEN EN METHODEN	9
1.7 METHODISCHE VERANTWOORDING	10
1.8 PLANNING	10
HOOFDSTUK 2. VOORWAARDEN VOOR HET VERLENEN VAN (ON)VRIJWILLIGE SOMATISCHE ZORG	11
2.1 WETTELIJKE BEPALINGEN	11
2.1.1 Ambulancezorg	11
2.1.2 Internationaal recht	12
2.1.2.1 Verenigde Naties	12
2.1.2.2 Raad van Europa	12
2.1.3 Nationaal recht	13
2.1.3.1 Grondwet	13
2.1.3.2 Zelfbeschikkingsrecht	13
2.1.3.3 Burgerlijk Wetboek	14
2.1.3.4 Overige wetgeving	19
2.2 LANDELIJKE NORMEN	19
2.2.1 Ambulancezorg Nederland	19
2.2.2 Landelijk Protocol Ambulancezorg	20
2.2.3 Andere handreikingen AZN	23
2.3 BELEID ANDERE ZORGVERLENERS	24
2.3.1 Landelijke Huisartsen Vereniging	24
2.3.2 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	24
2.3.3 Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis	25
2.3.4 Nederlandse vereniging voor Intensive Care	25
2.4 TUSSENCONCLUSIE	27
HOOFDSTUK 3. DE HUIDIGE WERKWIJZE VAN DE RAV BRABANT MWN	28
3.1 ONVRIJWILLIGE SOMATISCHE ZORG	28
3.2 GESCHREVEN BELEID	29
3.2.1 Ambupoint	29
3.2.2 Zenya	29
3.2.3 LPA en VLPA	29
3.3 ONGESCHREVEN BELEID	30
3.3.1 Artikel Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	30
3.3.2 Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid	31
3.4 HANDELINGSWIJZE AMBULANCEZORGVERLENERS	32
3.4.1 Beoordelen van de wilsbekwaamheid	33
3.4.2 Hulplijnen	33
3.4.3 Wel of niet uitgevoerde handelingen	33
3.4.4 Informatie geven	33
3.4.5 Gevoel van de hulpverlener	34
3.4.6 Benodigde hulpmiddelen	34
3.4.7 Vertegenwoordiging	34
3.4.8 Medisch achterwacht	34
3.4.9 Overige punten	35

3.5	TUSSENCONCLUSIE	35
HOOFDSTUK 4.	DE HUIDIGE WERKWIJZE EN BENODIGDE AANPASSINGEN	36
4.1	HUIDIGE WERKWIJZE IN VERHOUDING TOT WETGEVING	36
4.1.1	<i>Het LPA</i>	36
4.1.2	<i>De handelingswijze van de verschillende ambulancezorgverleners</i>	38
4.2	RECHTERLIJKE UITSPRAKEN	39
4.2.1	<i>Europees Hof voor de Rechten van de Mens: Zelfbeschikkingsrecht</i>	39
4.2.2	<i>Hoge Raad: Informed consent</i>	40
4.2.3	<i>Rechtbank en Gerechtshof: Strafrechtelijke vervolging</i>	40
4.2.4	<i>Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangbehandeling</i>	41
4.2.5	<i>Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangmiddelen</i>	42
4.2.6	<i>Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangbehandeling</i>	42
4.3	NOODZAKELIJKE VERANDERINGEN	43
4.3.1	<i>De individuele ambulancezorgverleners</i>	43
4.3.3	<i>Het LPA</i>	44
4.4	TUSSENCONCLUSIE	45
HOOFDSTUK 5.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	46
5.1	CONCLUSIES	46
5.2	AANBEVELINGEN	47
LITERATUURLIJST		48
BIJLAGEN		49

Samenvatting

Dit onderzoeksrapport geeft antwoord op de vraag waar een ambulancezorgverlener op moet letten bij het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten, gelet op de bepalingen in Boek 1 en 7 van het Burgerlijk Wetboek, jurisprudentie en tuchtrechtspraak. Het onderzoek bestond uit twee delen: een onderzoek van het recht en een praktijkonderzoek. Voor het onderzoek van het recht is een rechtsbronnen- en literatuuronderzoek uitgevoerd. Voor het praktijkonderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve, vergelijkende casestudy. Uiteindelijk heeft dit onderzoek geleid tot een voorstel voor een richtlijn met betrekking tot de (on)mogelijkheden waaronder het voor ambulancezorgverleners mogelijk is om onvrijwillige somatische zorg aan patiënten te verlenen. De RAV Brabant MWN kan deze nieuwe, duidelijke richtlijn met ingang van 1 september 2022 invoeren en toepassen.

De ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN verlenen acute somatische zorg aan patiënten. Het uitgangspunt bij het verlenen van zorg is dat de patiënt zelf mag en kan bepalen of hij een behandeling wil ondergaan. Om die reden is toestemming van de patiënt vereist voor alle verrichtingen die uit een behandelingsovereenkomst voortvloeien. Om toestemming te kunnen geven heeft de patiënt informatie van de ambulancezorgverlener nodig. De patiënt geeft dan geïnformeerd toestemming en maakt daarmee gebruik van het zelfbeschikkingsrecht. Handelt de ambulancezorgverlener zonder toestemming van de patiënt, dan is er in de basis sprake van onvrijwillige zorg. Dit kan voorkomen bij een bewusteloze patiënt, bij een behandeling die niet ingrijpend van aard is of wanneer de ambulancezorgverlener bij spoedeisende behandelingen niet op de toestemming van een vertegenwoordiger van de patiënt kan wachten. In deze gevallen is het voor de ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN mogelijk om onvrijwillige somatische zorg te verlenen.

De Ambulancezorgverlener kan in dit soort situaties terugvallen op het landelijk protocol 'Weigering behandeling'. Dit protocol is echter niet in lijn met de huidige wet- en regelgeving. Zo kan het voorkomen dat een ambulancezorgverlener handelt volgens het protocol en daardoor (onbewust) inbreuk maakt op de rechten van de patiënt. Het beleid van de RAV Brabant MWN geeft ambulancezorgverleners ook geen duidelijkheid hoe om te gaan met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg. Doordat een goed protocol en goed beleid ontbreken, pakken ambulancezorgverleners deze situaties ieder op een eigen manier aan.

Voor de ambulancezorgverlener kan dit tot problemen leiden. Een tuchtrechter toetst namelijk of een ambulancezorgverlener heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening en zich heeft gehouden aan de geldende richtlijnen en protocollen. Ambulancezorgverleners doen er daarom goed aan zich in deze situaties aan het geldende protocol te houden, ook al lijkt dit protocol in strijd te zijn met de huidige wet- en regelgeving. Naast een tuchtrechtelijke aansprakelijkheid voor de individuele ambulancezorgverlener is er ook sprake van een civielrechtelijk risico voor de RAV Brabant MWN. Als een ambulancezorgverlener niet handelt volgens het landelijk protocol, kan dit aangemerkt worden als een medische fout. De RAV Brabant MWN is dan aansprakelijk voor de schade aan de zijde van de patiënt, veroorzaakt door die medische fout.

De RAV Brabant MWN moet de ambulancezorgverleners wijzen op de risico's van het niet (geheel) volgen van de protocollen. De RAV Brabant MWN moet daarnaast nieuw beleid formuleren over de voorwaarden waaronder ambulancezorgverleners onvrijwillige somatische zorg aan patiënten kunnen verlenen. Dit beleid dient ook aandacht te besteden aan de beginselen van informed consent. Aanpassingen aan het LPA zijn nodig om in lijn te komen met de huidige wet-, regelgeving en jurisprudentie.

Hoofdstuk 1. Inleiding

Dit hoofdstuk bespreekt allereerst de aanleiding voor dit onderzoek. Vervolgens komen de centrale vraag, de doelstelling en (sub-)deelvragen aan bod. Daarna beschrijft dit hoofdstuk achtereenvolgens de onderzoeksstrategieën, de bronnen en methoden van onderzoek en de methodische verantwoording. Een overzicht van de planning sluit dit hoofdstuk af.

1.1 Probleembeschrijving

De Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord (hierna: RAV Brabant MWN) verzorgt de ambulancezorgverlening in het grootste deel van de provincie Noord-Brabant. De RAV Brabant MWN is een gemeenschappelijke regeling van de gemeenten in het verzorgingsgebied. Bij de RAV Brabant MWN zijn ongeveer zeshonderdvijftig medewerkers in dienst, waarvan er vijfhonderdvijftig ambulancezorgverlener zijn.

De ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN verlenen acute somatische zorg aan patiënten. Somatische zorg betreft de verzorging van lichamelijke klachten. De meeste patiënten accepteren deze hulp, toestemming voor de behandeling is dan geen probleem. Sommige patiënten zijn niet bij bewustzijn, dan verlenen ambulancezorgverleners de hulp die zij nodig achten.

Sommige patiënten zijn echter bij bewustzijn, maar willen niet geholpen worden, terwijl een behandeling in de ogen van de ambulancezorgverleners wel noodzakelijk is. Deze situatie doet zich bijvoorbeeld voor wanneer ambulancezorgverleners een acuut hartinfarct constateren bij een patiënt, maar de patiënt overduidelijk aangeeft daarvoor niet behandeld te willen worden. Ambulancezorgverleners hebben geen duidelijke handvatten hoe ze hiermee om moeten gaan. Vragen die dan vooral spelen zijn: Begrijpt de patiënt de gevolgen wel? Wanneer is iemand wils(on)bekwaam en kunnen wij dit bepalen? Mag ik patiënten toch behandelen/vervoeren, ook als zij dit niet willen? De partner wil wel dat wij iets doen, naar wie moet ik nu luisteren? Wat als ik een keuze maak en de patiënt is het daar niet mee eens, ben ik dan strafbaar? Als er een klacht komt, ben ik dan aansprakelijk of is de RAV Brabant MWN dat?

Ambulancezorgverleners zijn opgeleid om patiënten de best mogelijke zorg te geven. Als zij dit niet kunnen, geeft dat een ambulancezorgverlener een onbestemd gevoel. Dit gevoel wordt versterkt doordat zij de antwoorden op de hiervoor gestelde vragen niet weten en zelf niet in kunnen schatten of zij juist gehandeld hebben. Dit heeft impact op de ambulancezorgverleners. Daarnaast kan dit impact hebben op de RAV Brabant MWN. Daar speelt de aansprakelijkheid een rol. Als medewerkers niet juist handelen, kan dit leiden tot klachten en eventuele schadeclaims. Voor de RAV Brabant MWN is het belangrijk om de medewerkers handvatten te geven om deze situaties goed op te lossen. Daarmee verkleint de RAV Brabant MWN de kans op klachten en schadeclaims.

Er is onderzoek gedaan naar de juridische context en de (on)mogelijkheden van de onvrijwillige ambulancezorgverlening aan patiënten in spoedsituaties. Op deze manier worden handvatten geboden voor het kennisprobleem dat speelt bij de RAV Brabant MWN.

In het onderzoek is gekeken naar de rechtspositie van patiënten met betrekking tot een medische behandeling. De bepalingen hierover zijn deels te vinden in Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. In het onderzoek zijn de vereisten met betrekking tot toestemming en 'informed consent' meegenomen. Er is onderzocht of er, en wat dan, uitzonderingen zijn bij spoedeisende hulpverleningen. Daarnaast is onderzocht wat de vereisten zijn voor het bepalen van wils(on)bekwaamheid, wat wilsonbekwaamheid doet met het toestemmingsvereiste en welke rol vertegenwoordiging speelt.

Het Burgerlijk Wetboek, de Grondwet en het EVRM hebben in het onderzoek een rol gespeeld. Er is onderzocht of er richtlijnen zijn met betrekking tot behandelingen zonder toestemming in andere medische disciplines. Jurisprudentie over dit onderwerp maakt tevens deel uit van dit onderzoek.

Het onderzoek heeft een richtlijn en een daarop gebaseerd protocol opgeleverd waar het personeel van de RAV Brabant MWN mee kan gaan werken. De ambulancezorgverleners krijgen zo de handvatten waar zij behoefte aan hebben om op een (juridisch) juiste manier zorg te verlenen. Door het gebruik van een correcte richtlijn is het kennisprobleem van de RAV Brabant MWN verholpen. De RAV Brabant MWN kan op deze manier aansprakelijkheid voorkomen.

1.2 Centrale vraag

Met het onderzoek is antwoord gegeven op de volgende vraag:

Waar moet een ambulancezorgverlener op letten bij het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten, gelet op de bepalingen in Boek 1 en 7 van het Burgerlijk Wetboek, jurisprudentie en tuchtrechtspraak?

1.3 Doelstelling

Uiterlijk 30 mei 2022 is een onderzoeksrapport opgeleverd met een voorstel voor een richtlijn met betrekking tot de (on)mogelijkheden waaronder het voor ambulancezorgverleners mogelijk is om onvrijwillige somatische zorg aan patiënten te verlenen, zodat de RAV Brabant MWN met ingang van 1 september 2022 deze nieuwe, duidelijke richtlijn kan invoeren en toepassen.

1.4 Deelvragen en subdeelvragen

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden, werden in het onderzoek de volgende deelvragen gesteld:

1. Welke voorwaarden met betrekking het verlenen van (onvrijwillige) somatische zorg aan patiënten worden er gegeven in de wet- en regelgeving?
 - a. Welke wettelijke bepalingen vormen de basis voor het verlenen van (onvrijwillige) somatische zorg aan patiënten?
 - b. Welke landelijke normen zijn er vastgesteld met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten binnen ambulancezorgverlenend Nederland?
 - c. Wat voor beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten hebben andere zorgverleners die acute somatische zorg verlenen?
2. Wat is de huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten?
 - a. Welk geschreven beleid ten aanzien van het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten bezit de RAV Brabant MWN op dit moment?
 - b. Welk ongeschreven beleid ten aanzien van het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten bezit de RAV Brabant MWN op dit moment?
 - c. Op welke manier handelen ambulancezorgverleners op dit moment bij het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten?

3. In hoeverre voldoet de huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten al aan de huidige wetgeving en jurisprudentie en op welke punten moet zij haar werkwijze nog aanpassen?
 - a. In hoeverre voldoet de huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN op dit moment al aan de huidige wetgeving?
 - b. Hoe is er tot nu toe geoordeeld in (tucht-)rechtszaken met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten?
 - c. Welke concrete veranderingen in de werkwijze van de RAV Brabant MWN zijn noodzakelijk, gelet op de huidige wetgeving?

1.5 Onderzoeksstrategieën

Dit onderzoek bestond uit twee delen: een onderzoek van het recht en een praktijkonderzoek.

Voor het onderzoek van het recht is een rechtsbronnen- en literatuuronderzoek uitgevoerd. De geraadpleegde bronnen staan beschreven in paragraaf 1.6. Het juridisch kader is geschetst aan de hand van het rechtsbronnen- en literatuuronderzoek.

Voor het praktijkonderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve, vergelijkende casestudy. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat de onderzoeker op zoek was naar inzichten, meningen en opvattingen over hoe mensen omgaan met het weigeren van zorg. Het onderzoek wilde inzicht geven hoe het proces rondom het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten verbeterd kon worden. Dit zou niet lukken met een kwantitatief praktijkonderzoek. Er is gekozen voor een casestudy, omdat op die manier het fenomeen 'verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten' als geheel en in relatie tot de praktijk bestudeert kon worden. In het onderzoek is gekozen voor een vergelijkende casestudy, omdat de situaties waarin ambulancezorgverleners handelen niet altijd hetzelfde zijn. Een enkelvoudige casestudy was daarmee geen optie. Daarnaast is gebruik gemaakt van een survey. Op die manier is informatie opgehaald bij personen die nu het kennisprobleem ervaren, namelijk de ambulancezorgverleners. De gekozen onderzoeksstrategie zorgde ervoor dat de onderzoeksvraag effectief en efficiënt beantwoord kon worden.

1.6 Bronnen en methoden

Als rechtsbronnen zijn Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, de Grondwet en het EVRM gebruikt. Ook een aantal relevante bepalingen uit Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek zijn meegenomen in het onderzoek. Deze rechtsbronnen zijn vooral gebruikt voor deelvraag 1 en 3. De methode inhoudsanalyse is op deze rechtsbronnen toegepast.

Naast de rechtsbronnen zijn ook literatuurbronnen gebruikt. De belangrijkste zijn de Handleiding voor het beoordelen van wilsbekwaamheid van de Rijksoverheid, diverse handreikingen van Ambulancezorg Nederland, het boek Praktisch Gezondheidsrecht en het boek Handboek Gezondheidsrecht. Deze bronnen zijn gebruikt voor deelvraag 1, 2 en 3. Ook voor de literatuurbronnen is de inhoudsanalyse als methode gebruikt.

Naast de rechtsbronnen en de literatuur zijn ambulancezorgverleners als bron gebruikt. Deze personen zijn, als informant, voornamelijk gebruikt voor deelvraag 2. Hiervoor zijn de methodes interview en enquête gebruikt.

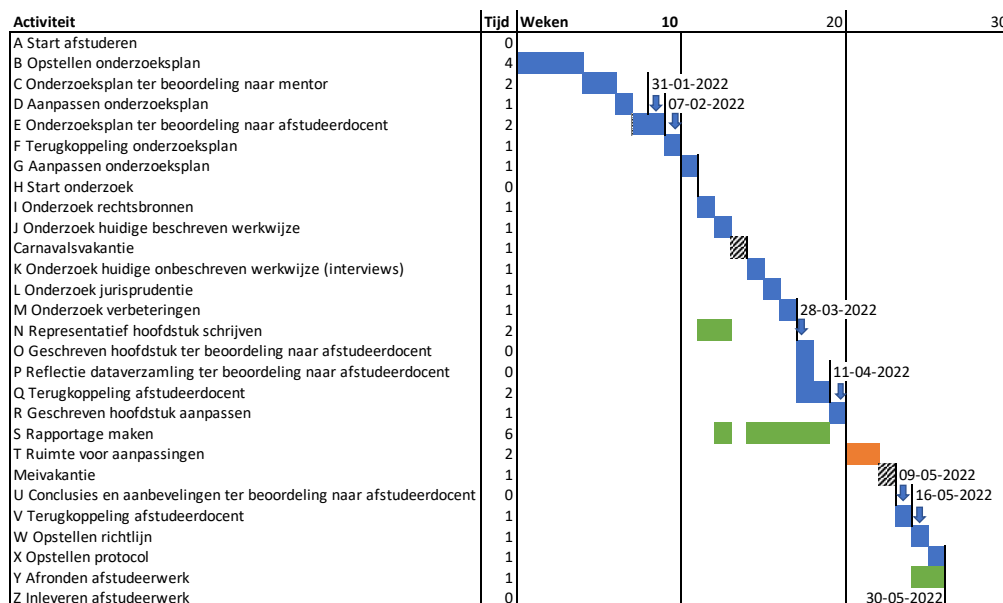
1.7 Methodische verantwoording

De gebruikte rechtsbronnen zijn divers, betrouwbaar en controleerbaar. Alle relevante juridische bronnen zijn in het onderzoek betrokken en geconfronteerd met elkaar, om op die manier antwoord te kunnen geven op de gestelde vragen. Dat maakt het onderzoek valide. Het gebruik van bijvoorbeeld enkel het Burgerlijk Wetboek zou ertoe kunnen leiden dat het onderzoek minder betrouwbaar is, als zou blijken dat ook andere wetgeving bepalingen over het onderwerp bevat. De gebruikte literatuurbronnen zijn (digitale) documenten. Deze bronnen zijn betrouwbaar en controleerbaar. De methode inhoudsanalyse is voor al deze bronnen de logische keuze. De methoden interview, enquête en observatie lenen zich niet voor deze rechtsbronnen.

Om meer informatie te krijgen over bestaand (on)geschreven beleid en hoe de ambulancezorgverlener hiermee omgaat is de methode semigestructureerd interview gebruikt. Dit levert een valide onderzoek op. Er is gewerkt met open vragen in één op één gesprekken. Er zijn vijf interviews gehouden met zes ambulancezorgverleners. Voorafgaand aan de interviews is een enquête gehouden. Het doel van de enquête was tweeledig. Enerzijds het onderzoeken hoe vaak ambulancezorgverleners met de beschreven situatie te maken hebben. Anderzijds om met de ambulancezorgverleners in contact te komen die een dergelijke situatie hebben meegemaakt. De methode observatie is voor dit onderzoek niet efficiënt. Er rijden veel ambulances rond in het verzorgingsgebied van de RAV Brabant MWN. De kans dat de ambulance waarop zou worden meegereden bij inzetten uitkomt die te maken hebben met het onderzoek, was statistisch gezien klein. Hierdoor zou het aantal observatiemomenten beperkt zijn en daardoor levert deze methode weinig gegevens op.

1.8 Planning

De afstudeerplanning is opgenomen in onderstaande strokenplanning. Datums opgenomen in de planning zijn door de opleiding vastgestelde deadlines. Dit zijn uiterste deadlines, eerder delen inleveren is mogelijk. In de planning is rekening gehouden met vakantieweken. Ook is extra tijd ingepland voor onvoorziene zaken en/of ruimte voor aanpassingen.



Hoofdstuk 2. Voorwaarden voor het verlenen van (on)vrijwillige somatische zorg

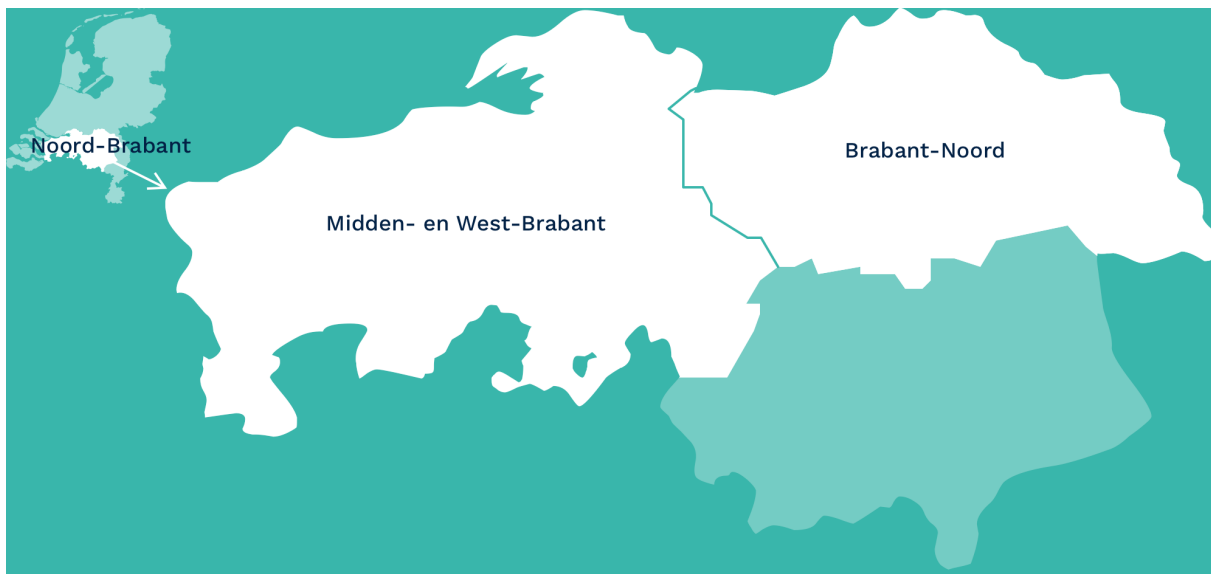
Dit hoofdstuk bespreekt welke voorwaarden met betrekking tot het verlenen van (on)vrijwillige somatische zorg aan patiënten worden gegeven in de wet- en regelgeving. Allereerst beschrijft paragraaf 2.1 welke wettelijke bepalingen de basis vormen voor het verlenen van (on)vrijwillige somatische zorg aan patiënten. Vervolgens komen in paragraaf 2.2 de landelijke normen binnen ambulancezorgverlenend Nederland aan bod. Daarna beschrijft paragraaf 2.3 het beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg van andere acute zorg verlenende instanties. Een tussenconclusie sluit dit hoofdstuk af.

2.1 Wettelijke bepalingen

2.1.1 Ambulancezorg

Het recht van de RAV Brabant MWN om ambulancezorg te verlenen is op te maken uit bepalingen in de Wet ambulancezorgvoorzieningen, de Regeling ambulancezorgvoorzieningen en de Wet veiligheidsregio's.

Op grond van artikel 3 en artikel 1 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen dient de minister van Medische Zorg zorg te dragen voor de duurzame veiligstelling van ambulancevoorzieningen. Daartoe is het Nederlandse grondgebied opgedeeld in verschillende regio's, zoals staat in artikel 2 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Hierbij sluit de wetgever aan bij de regio's zoals die zijn bepaald in artikel 8 en de bijlage van de Wet veiligheidsregio's. De uitvoering van ambulancezorg in de regio ligt, op grond van artikel 4 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, bij de Regionale Ambulancevoorziening in die regio. De RAV Brabant MWN is actief in twee veiligheidsregio's, namelijk de regio Midden- en West-Brabant en de regio Brabant-Noord.



Illustratie: <https://www.ravbrabantmwn.nl>

De definitie van ambulancezorg is opgenomen in artikel 5 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. In artikel 6 van die wet is bepaald dat anderen dan de Regionale Ambulancevoorziening geen ambulancezorg mogen verlenen.

Artikel 7 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen geeft in lid 2 en 3 een opsomming van de verschillende soorten ambulancezorgprofessionals, die zijn aangewezen om spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexere niet-spoedeisende ambulancezorg te verlenen. Deze verschillende ambulancezorgprofessionals worden hierna gezien als één groep; de ambulancezorgverleners. Artikel 3 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen bepaalt dat een Regionale Ambulancevoorziening, en dus ook de RAV Brabant MWN, moet voldoen aan de geldende wet- en regelgeving en aan de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en professionele standaarden. Deze richtlijnen en professionele standaarden komen in paragraaf 2.2 aan bod. Eerst kijken we naar de geldende wet- en regelgeving, toegespitst op het verlenen van zorg aan patiënten.

2.1.2 Internationaal recht

Voor de gezondheidszorg zijn mensenrechten uitermate belangrijk. Dit werkt op twee manieren. Enerzijds is zorg in zijn algemeenheid een belangrijke voorziening. De toegang tot noodzakelijke zorg wordt als mensenrecht beschouwd, dat is neergelegd in verschillende verdragen die hierna worden besproken.¹ Anderzijds houden hulpverleners zich bezig met de mens, in lichaam en geest, als patiënt. Daardoor kunnen mensenrechten in gevaar komen. In de volgende verdragen zijn mensenrechten opgenomen die belangrijk zijn voor de gezondheidszorg.

2.1.2.1 Verenigde Naties

Het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (hierna: IVBPR) stelt in artikel 9 dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen, behalve op wettige gronden en wettige wijze. In artikel 17 van het IVBPR is bepaald dat inmenging in het privéleven verboden is en dat eenieder recht heeft op bescherming door de wet tegen een zodanige inmenging.

2.1.2.2 Raad van Europa

In het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (hierna: EVRM) zijn een aantal bepalingen opgenomen die rechtstreeks betrekking hebben op medische behandelingen. Artikel 2 van het EVRM stelt dat iedereen recht heeft op leven. Artikel 3 van het EVRM geeft een verbod op onmenselijke of vernederende behandelingen. In artikel 5 van het EVRM staat dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen, behalve in aangewezen gevallen. In artikel 8 van het EVRM is het recht op eerbiediging van ieders privé opgenomen.

Het Europees Sociaal Handvest stelt in artikel 11 dat eenieder recht heeft om gebruik te maken van alle voorzieningen die hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren.

In het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van het menselijk wezen met betrekking tot de toepassing van de biologie en de geneeskunde (hierna: Biogeneeskundeverdrag (1997)) zijn ook bepalingen opgenomen die belangrijk zijn voor de gezondheidszorg. In artikel 5 van het Biogeneeskundeverdrag (1997) zijn bepalingen opgenomen over informatie en toestemming. In artikel 6 van dit verdrag staan regels met betrekking tot de positie van wilsonbekwame patiënten. Dit verdrag is door Nederland wel ondertekend, maar (nog) niet geratificeerd en heeft daardoor geen rechtstreekse werking in Nederland.

¹ Leenen e.a. 2020, p. 37-41; Van Meersbergen & Biesart 2019, p. 26-27.

2.1.3 Nationaal recht

Ook in diverse nationale wetten zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot de gezondheidszorg.

2.1.3.1 Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de volksgezondheid. In artikel 10 en 11 van de Grondwet staan belangrijke grondrechten die rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidszorg. Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer is opgenomen in artikel 10 van de Grondwet. Artikel 11 van de Grondwet is daarvan afgeleid. Dit artikel bevat het recht op onaantastbaarheid van het lichaam.

Alle hierboven genoemde mensenrechten en grondrechten gelden voor iedereen, dus ook voor patiënten. Deze mensenrechten en grondrechten kunnen echter in het geding komen tijdens een ambulancezorgverlening. Dit zal niet snel het geval zijn bij het recht op zorg. Zoals eerder besproken bestaat de RAV Brabant MWN door de wettelijke plicht om ambulancezorg te verlenen. Dit maakt ambulancezorg toegankelijk voor iedereen. Er zal eerder een probleem ontstaan met betrekking tot de eerbiediging van een ieders privé en/of het verbod op vrijheidsontneming. Als ambulancezorgverleners bijvoorbeeld een patiënt behandelen, terwijl deze patiënt dat niet wil, kan het zijn dat de ambulancezorgverleners daardoor inbreuk maken op de mensenrechten en grondrechten van de patiënt.

Nauw verwant met de mensenrechten en grondrechten zijn rechtsbeginselen. Onder rechtsbeginselen worden normen verstaan die aan het geldende recht ten grondslag liggen. Rechtsbeginselen zijn richtinggevend bij de vorming en toepassing van het recht.² Een rechtsbeginsel dat voor het verlenen van zorg, in het kader van dit onderzoek, bijzonder relevant is, is het beginsel van zelfbeschikking. Dit beginsel wordt vaak aangeduid als het zelfbeschikkingsrecht.

2.1.3.2 Zelfbeschikkingsrecht

Het zelfbeschikkingsrecht geldt niet alleen in het gezondheidsrecht, maar het is hier wel uitermate belangrijk. Dit heeft te maken met de afhankelijkheid van een patiënt ten opzichte van een hulpverlener en het soms ingrijpende karakter van de geneeskunde. De tijd dat de arts bepaalde wat het beste is voor de patiënt en dat ook uitvoerde, is wat dat betreft voorbij. Het zelfbeschikkingsrecht komt de mens als zodanig toe en vloeit voort uit het principe van de menselijke waardigheid dat ten grondslag ligt aan alle mensenrechten. Ieder mens heeft het zelfbeschikkingsrecht, ook minderjarigen en patiënten die wilsonbekwaam zijn (geworden). Deze laatste groepen zijn hooguit in de feitelijke uitvoering ervan beperkt. Bij zelfbeschikking wordt de nadruk gelegd op het recht van de mens om zijn eigen leven te leiden. Ook als dat een afwijking is van de op dat moment in de samenleving geldende normen en waarden.³

In 2002 oordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) dat het zelfbeschikkingsrecht valt onder artikel 8 van het EVRM.⁴ Het EHRM heeft gesteld dat lidstaten er zorg voor moeten dragen dat er regels zijn op grond waarvan een patiënt goed geïnformeerd wordt door een hulpverlener. Doel daarvan is dat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken om wel of niet behandeld te worden.⁵

² Leenen e.a. 2020, p. 49.

³ Leenen e.a. 2020, p. 55-56.

⁴ EHRM 29 april 2002, ECLI:NL:XX:2002:AP0678 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

⁵ EHRM 19 februari 1998, ECLI:NL:XX:1998:AD4547 (*Guerra/Italië*).

2.1.3.3 Burgerlijk Wetboek

In verschillende nationale wetten zijn specifieke bepalingen opgenomen met betrekking tot patiëntenrechten. Zo zijn er bepalingen over patiëntenrechten opgenomen in, onder andere, de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet op de medische keuringen. De algemene rechten voor patiënten zijn in 1995 opgenomen in Boek 7, Titel 7, Afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek: De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (hierna: behandelingsovereenkomst).

Er is bewust voor de overeenkomst als regelingsvorm gekozen. Partijen in een overeenkomst hebben namelijk als doel om in onderlinge samenwerking tot een resultaat te komen. Dit benadrukt het horizontale karakter van de relatie tussen een patiënt en de hulpverlener. Dat er een verschil bestaat in deskundigheid tussen een hulpverlener en een patiënt, staat volgens Leenen aan een overeenkomst waarin beide partijen gelijkwaardig zijn niet in de weg. Het verschil in deskundigheid tussen de partijen is vaak juist een reden om een overeenkomst aan te gaan, waarbij de een vertrouwt op de deskundigheid van die ander.⁶

De bepalingen in dit deel van het Burgerlijk Wetboek geven juridische voorwaarden om zodoende een goede samenwerking tussen een patiënt en een hulpverlener te creëren. Dit sluit aan bij de wens van het 'samen beslissen' door een patiënt en een hulpverlener in het kader van patiëntgerichte zorg. Het samen beslissen in de gezondheidszorg is uitgebreid behandeld in de Tweede Kamer.⁷

In lijn met de vonnissen van het EHRM heeft de wetgever een aantal bepalingen met betrekking tot de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling in het Burgerlijk Wetboek nog verder verduidelijkt. Het doel daarvan was om de samenwerking tussen patiënt en hulpverlener nog verder te verbeteren. Deze wijzigingen zijn ingegaan op 1 januari 2020.⁸ De belangrijkste bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) in relatie tot dit onderzoek, worden hierna verder toegelicht.

Volgens artikel 7:446 lid 1 BW hebben de bepalingen in Boek 7 BW over de behandelingsovereenkomst werking ten aanzien van handelingen gedaan door een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever. De ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN zijn hulpverleners die handelingen uitvoeren tegenover de opdrachtgever, de patiënt. Dit geldt ook voor de rechtspersoon RAV Brabant MWN. De bepalingen in deze afdeling van het Burgerlijk Wetboek zijn dus van toepassing op de behandelingsovereenkomsten tussen de RAV Brabant MWN en haar patiënten. Verder stelt artikel 7:446 lid 1 BW dat het moet gaan om handelingen op het gebied van de geneeskunde, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of een bepaalde derde.

⁶ Leenen e.a. 2020, p. 107.

⁷ *Kamerstukken II* 2017/18, 34994, 3, p. 3-6.

⁸ *Kamerstukken I* 2018/19, 34994, A.

Wat deze handelingen dan zijn, staat omschreven in artikel 7:446 lid 2 en 3 BW:

1. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;
2. andere dan de onder 1 bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid;
3. het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

In artikel 7:447 BW is bepaald dat personen vanaf de leeftijd van zestien jaar een behandelingsovereenkomst aan mogen gaan.

Informatie

In artikel 7:448 BW is het recht op informatie neergelegd. De hulpverlener moet de patiënt op duidelijke wijze inlichten. De manier waarop de hulpverlener dit doet moet passen bij het bevattingsvermogen van de patiënt. Het overleg moet tijdig plaatsvinden, zodat de patiënt enige bedenktijd heeft. De informatie die gegeven moet worden betreft het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en informatie over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt (art. 7:448 lid 1 BW). De hulpverlener laat zich, op grond van art. 7:448 lid 2 BW, bij het geven van informatie leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van:

- a. de aard en het doel van het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling of de uit te voeren verrichtingen;
- b. de te verwachten gevolgen en risico's voor de gezondheid van de patiënt bij het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de uit te voeren verrichtingen en bij niet behandeling;
- c. andere mogelijke methoden van onderzoek en behandelingen al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners;
- d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen;
- e. de termijn waarop de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen kunnen worden uitgevoerd en de verwachte tijdsduur ervan.

Tijdens het gesprek stelt de hulpverlener zich op de hoogte van de situatie en de behoeften van de patiënt. De hulpverlener nodigt de patiënt uit om vragen te stellen en geeft desgewenst schriftelijk of elektronisch aanvullende informatie (art. 7:448 lid 3 BW).

In dit artikel is sprake van een redelijkheids criterium met betrekking tot de mate en hoeveelheid informatie die een hulpverlener aan een patiënt moet geven. Dit hangt af van de aard van de verrichting en de individuele omstandigheden. Volgens Leenen zou de volgende algemene norm kunnen worden aangehouden: "Het verstrekken van inlichtingen over de feiten en mogelijkheden die een redelijk mens in gegeven omstandigheden verwacht mag worden te overwegen alvorens hij een beslissing neemt, of die hij nodig heeft voor zijn verdere gedrag."⁹

⁹ Leenen e.a. 2020, p. 118.

Toestemming

De toestemming van de patiënt is vereist voor alle verrichtingen die uit die behandelingsovereenkomst voortvloeien. Dit is expliciet benoemd in artikel 7:450 lid 1 BW. Als een patiënt een behandelingsovereenkomst aangaat met een hulpverlener, betekent dit niet dat de patiënt ook toestemming geeft voor alle verrichtingen die uit die behandelingsovereenkomst voortvloeien.

Een patiënt kan een gegeven toestemming weer intrekken. Daarnaast kan een patiënt een behandeling weigeren. De verrichtingen moeten dan worden beëindigd. De hulpverlener moet de patiënt wel voorlichten over de gevolgen van de weigering, dit volgt uit het recht op informatie.

Een vooraf opgestelde wilsverklaring die weigering van toestemming voor een verrichting inhoudt, moeten worden opgevolgd (art. 7:450 lid 3 BW). De wilsverklaring moet dan wel schriftelijk zijn, opgemaakt toen de patiënt 16 jaar of ouder was, een weigering inhouden en de patiënt moest bij het opmaken nog in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. In acute situaties kan het zich voordoen dat een schriftelijke wilsverklaring niet (tijdig) beschikbaar is. Als de hulpverlener dan aan de verklaring voorbijgaat en een behandeling uitvoert, terwijl de patiënt in de wilsverklaring had verklaard dit niet te willen, kan dit de hulpverlener niet worden verweten.¹⁰

Voor minderjarigen in de leeftijd tot twaalf jaar is toestemming van de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of de voogd nodig. Voor minderjarigen in de leeftijd van twaalf tot en met vijftien jaar is toestemming van de minderjarige nodig. Daarnaast is voor deze patiënten ook toestemming nodig van de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of de voogd.

Om toestemming te kunnen geven heeft de patiënt informatie van de hulpverlener nodig. Het recht op informatie heeft dus een duidelijk verband met het toestemmingsvereiste. Toestemming is alleen geldig als de patiënt goed geïnformeerd is over de aard en context van de verrichting waar hij toestemming voor geeft. Men spreekt dan van 'informed consent'.

Als de patiënt dit vraagt, legt de hulpverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de patiënt toestemming heeft gegeven (art. 7:451 BW). De hulpverlener doet dit in het medisch dossier, dat de hulpverlener bij moet houden op grond van artikel 7:454 BW.

De hoofdregel is dat een patiënt toestemming moet geven voor een verrichting, maar er zijn uitzonderingen. De bewusteloze patiënt is zo'n uitzondering. Strikt genomen kan een bewusteloze patiënt geen behandelingsovereenkomst aangaan en geen toestemming geven, maar medische hulp is wel nodig. De toestemming mag dan worden verondersteld. Deze uitzondering staat niet als zodanig in de wet, maar bij de behandeling van het wetsontwerp is besloten in dit soort gevallen aan te sluiten bij het begrip zaakwaarneming als genoemd in artikel 6:198 e.v. BW. Bij zaakwaarneming ontstaat een verbintenis doordat iemand, in dit geval de hulpverlener, onverplicht en zonder verzoek of opdracht een of meer belangen van een ander gaat behartigen. Het belang van de ander, is in deze het belang van de patiënt.¹¹

Een andere uitzondering doet zich voor als een verrichting niet van ingrijpende aard is. De toestemming mag dan worden verondersteld op grond van artikel 7:466 lid 2 BW. Strikte regels hiervoor zijn er niet, maar een hulpverlener moet in ieder geval in het oog houden dat een patiënt een verrichting eerder ingrijpend zal vinden dan de hulpverlener zelf.

¹⁰ CTG 19 april 2007, nr. 2006/166.

¹¹ *Kamerstukken II 1990/91, 21561, 6, p. 54.*

Ook verrichtingen die fysiek niet-ingrijpend zijn kunnen ingrijpende gevolgen hebben. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het inbrengen van een infuusnaald; Dit is geen fysiek ingrijpende verrichting, maar als de prikplaats ontsteekt kan het wel grote gevolgen hebben. Soms kan toestemming ook worden verondersteld door het gedrag van de patiënt. Als iemand zich bijvoorbeeld met een hechtwond meldt bij de spoedeisende hulp, mag men verwachten dat die persoon die wond gehecht wil hebben.

Vertegenwoordiging

Er zijn ook situaties denkbaar waarin de patiënt zelf geen beslissingen kan of mag nemen. Dan kan de hulpverlener de behandelingsovereenkomst nakomen tegenover een vertegenwoordiger van de patiënt. Het nakomen jegens de wettelijk vertegenwoordigers en anderen is geregeld in artikel 7:465 BW. In lid 1 van dat artikel is bepaald dat bij een patiënt jonger dan twaalf jaar de hulpverlener de verplichtingen moet nakomen jegens de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of de voogd. De hulpverlener heeft dus de toestemming van deze ouders of voogd nodig. Voor een minderjarige patiënt van twaalf jaar of ouder, die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, geldt hetzelfde (art. 7:465 lid 2 BW). Ook bij een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, speelt vertegenwoordiging een rol. De hulpverlener moet dan vervangende toestemming vragen aan een van de volgende vertegenwoordigers, in deze volgorde:

- Diegene die over de patiënt curatele of mentorschap uitoefent;
- Diegene die door de patiënt schriftelijk is gemachtigd;
- De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de patiënt;
- Een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de patiënt.

Curatele en mentorschap vallen onder de wettelijke vertegenwoordiging. Curatele is geregeld in artikel 1:378 e.v. BW. Een onder curatele gestelde is, door de curatele, handelingsonbekwaam. Mentorschap is geregeld in artikel 1:450 e.v. BW. Een persoon waarvoor een mentor is aangesteld, is onbevoegd om rechtshandelingen te verrichten betreffende zijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding (art. 1:453 lid 1 BW).

Een schriftelijk gemachtigde heeft van de patiënt zelf beslissingsbevoegdheid gekregen voor de situaties waarin de patiënt zelf niet meer kan beslissen. Dit geeft te meer aan dat de patiënt gebruik maakt van zijn zelfbeschikkingsrecht en hoe belangrijk dat recht is. De patiënt bepaalt wie hem mag vertegenwoordigen en deze vertegenwoordiger staat hoog in de rangorde van vertegenwoordigers.

Als er geen curator, mentor of schriftelijk gemachtigde is kan de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de patiënt beslissen. Zijn die er ook niet dan ligt de beslissing bij een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de patiënt. Een hulpverlener komt de behandelingsovereenkomst na tegenover één vertegenwoordiger. De relatie van de vertegenwoordiger met de patiënt zal daarbij leidend zijn.

De patiënt moet zoveel mogelijk bij de besluitvorming van de vertegenwoordiger worden betrokken en de vertegenwoordiger moet zich als goed vertegenwoordiger gedragen (art. 7:465 lid 5 BW). De hulpverlener kan de verplichtingen tegenover de vertegenwoordiger niet nakomen als dit in strijd zou zijn met de zorg van goed hulpverlener (art. 7:465 lid 4 BW). Op grond van artikel 7:453 BW moet de hulpverlener namelijk de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen bij zijn werkzaamheden. De hulpverlener handelt daarbij in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard.

Als in een spoedeisende situatie toestemming van een vertegenwoordiger van de patiënt nodig is, maar er is geen tijd om deze toestemming te vragen, dan mag de hulpverlener de verrichting uitvoeren (art. 7:466 lid 1 BW). Er moet dan wel sprake zijn van noodzakelijk medisch handelen om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Mocht een patiënt zich verzetten tegen een verrichting van ingrijpende aard, dan dient dit op grond van artikel 7:465 lid 6 BW gerespecteerd te worden. Zijn vertegenwoordiging speelt hierbij geen rol. Dit is alleen anders als de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Wils(on)bekwaamheid

Maar wat betekent 'niet in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake' uit de artikelen 7:450 en 7:465 BW nu eigenlijk? De bepalingen in het Burgerlijk Wetboek geven hier geen antwoord op. Uitgangspunt is dat de mens zijn wil kan bepalen, en dus wilsbekwaam is, tenzij het tegendeel blijkt.¹² Dit is bij patiënten niet anders. Overigens is het ook zo dat onbekwaamheid tot bepaalde beslissingen niet hetzelfde betekent als onbekwaamheid voor elke beslissing. Het is contextafhankelijk. Wanneer een patiënt wilsonbekwaam is, is dus moeilijk te definiëren. De Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid voor de hulpverlener geeft de volgende omschrijving:

“Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is. Die informatie betreft het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling maar ook de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt en de te verwachten gevolgen van het nalaten van het onderzoek of de behandeling.”¹³

Volgens deze omschrijving gaat het dus niet om de uitkomst van de beslissing, maar primair om het besluitvormingsvermogen van de patiënt. Een weigering van een patiënt om toestemming te geven voor een behandeling moet worden gerespecteerd, als deze gebaseerd is op voldoende, duidelijke informatie. Men spreekt dan van 'informed refusal'.¹⁴ Voor een hulpverlener kan het in sommige gevallen wel lastig zijn om een dergelijke keuze te respecteren. De goed geïnformeerde patiënt is zelf verantwoordelijk voor de consequenties van een bewuste weigering.

Overige bepalingen

Er zijn nog andere wettelijke bepalingen die van toepassing zijn op het verlenen van zorg aan patiënten. Deze wettelijke bepalingen passeren nu kort de revue. De patiënt heeft inzagerecht in zijn dossier op grond van artikel 7:456 BW. De hulpverlener kan een behandelingsovereenkomst niet opzeggen, tenzij er sprake is van gewichtige redenen, zo is bepaald in artikel 7:460 BW. De patiënt is een hulpverlener loon verschuldigd op grond van artikel 7:461 BW. Van de bepalingen met betrekking tot de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling mag niet ten nadele van de patiënt worden afgeweken op grond van artikel 7:468 BW. Naast de hiervoor genoemde specifieke bepalingen in het Burgerlijk Wetboek zijn ook de algemene bepalingen van de overeenkomst van opdracht van toepassing op de geneeskundige behandeling. Deze zijn genoemd in de artikelen 7:400 tot en met 7:413 BW. Zo stelt artikel 7:408 BW dat de opdrachtgever de overeenkomst te allen tijde kan opzeggen. Dat de overeenkomst eindigt met de dood staat in artikel 7:409 BW.

¹² Leenen e.a. 2020, p. 151.

¹³ Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener) 2007, p. 11.

¹⁴ Van Meersbergen & Biesart 2019, p. 154.

2.1.3.4 Overige wetgeving

Ambulancezorgverleners kunnen in de uitoefening van het werk te maken krijgen met patiënten die vallen onder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvvggz) of de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wzd). In de Wvvggz en de Wzd zijn bepalingen opgenomen over het toepassen van (onvrijwillige) zorg aan patiënten. Deze wetten gelden als *lex specialis* ten opzichte van de bepalingen in Boek 7 BW. Voor deze patiënten is de zorgverlening uitermate gedetailleerd geregeld in de voornoemde wetten. Als ambulancezorgverleners in acute situaties met deze patiënten in aanraking komen, is er meestal al een crisismaatregel afgegeven door de burgemeester. In deze crisismaatregel staat welke zorg geboden mag worden.

De ambulancezorgverleners kunnen deze maatregelen volgen en hoeven niet zelf te bepalen wat kan en mag. Dit onderzoek spitst zich toe op het verlenen van acute somatische zorg aan patiënten waarvoor geen maatregelen zijn afgegeven. Dat is de reden dat in dit onderzoek de patiënten die vallen onder de Wvvggz en Wzd buiten beschouwing worden gelaten.

2.2 Landelijke normen

2.2.1 Ambulancezorg Nederland

Ambulancezorg Nederland (hierna: AZN) is de branchevereniging van ambulancezorgverlenend Nederland. Alle regionale ambulancevoorzieningen in Nederland, en dus ook de RAV Brabant MWN, zijn aangesloten bij deze branchevereniging en hebben een vertegenwoordiger in het bestuur. De ledenvergadering van AZN neemt besluiten over de strategie en het beleid in de ambulancezorg in Nederland.¹⁵

Op de website van AZN zijn handreikingen te vinden met betrekking tot ambulancezorg. Over de wet- en regelgeving op grond van de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling is een aparte pagina gemaakt op de website. De volgende tekst is daar opgenomen:

“De wet regelt onder andere de informatieplicht, toestemmingsvereiste, vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt. Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, de normen die zijn ontwikkeld in de beroepsgroep. Daarnaast verdient de dossierplicht van de hulpverlener nadere aandacht.”

Vervolgens zijn via deze website een handreiking beroepsgeheim en een factsheet medisch beroepsgeheim te downloaden. Handreikingen over de overige genoemde bepalingen zijn er niet.¹⁶

AZN maakt gebruik van een Uniform Begrippenkader (hierna: UBK). AZN omschrijft het UBK als een combinatie van het woordenboek en de encyclopedie van de ambulancesector. In het UBK zijn definities met betrekking tot ambulancezorg opgenomen.¹⁷ Zo staan in het UBK onder andere de definities van ‘acute zorg’, ‘ambulancezorg’ en ‘ambulancezorgverlening’.¹⁸ Deze definities geven echter geen nadere informatie over bijvoorbeeld de informatieplicht en het toestemmingsvereiste. Toch is er in het UBK wel een aanwijzing te vinden wat dan de professionele standaard is waar de ambulancezorgverlener zich aan moet houden.

¹⁵ ‘Over Ambulancezorg Nederland’, Azn 2022, Ambulancezorg.nl

¹⁶ ‘Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)’, Azn 2022, Ambulancezorg.nl

¹⁷ ‘Wat is het uniform begrippenkader ambulancezorg?’, Azn 2022, Ambulancezorg.nl

¹⁸ AZN 2021, *Uniform begrippenkader ambulancezorg*, p. 1-2.

De definitie van 'behandelen' in het UBK is namelijk de volgende:

Behandelen:

De ambulancezorgprofessional behandelt de patiënt conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA).¹⁹

2.2.2 Landelijk Protocol Ambulancezorg

Het Landelijk Protocol Ambulancezorg (hierna: LPA) is ontwikkeld door een landelijke protocollencommissie. Deze commissie bestaat uit een afvaardiging van de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg en een afvaardiging van V&VN Ambulancezorg. V&VN is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in Nederland. Het LPA is gemaakt als hulpmiddel voor ambulancezorgverleners, om tot goede ambulancezorg te komen. Het biedt ondersteuning aan de ambulancezorgverlener bij het nemen van beslissingen over passende zorg voor een individuele patiënt in een specifieke situatie. Het LPA bevat ook een verantwoording, het VLPA. Dit VLPA maakt integraal onderdeel uit van het LPA. Het LPA is voor iedere ambulancezorgverlener hetzelfde en vormt de professionele standaard voor ambulancezorg. Het huidige LPA is versie 8.1.²⁰

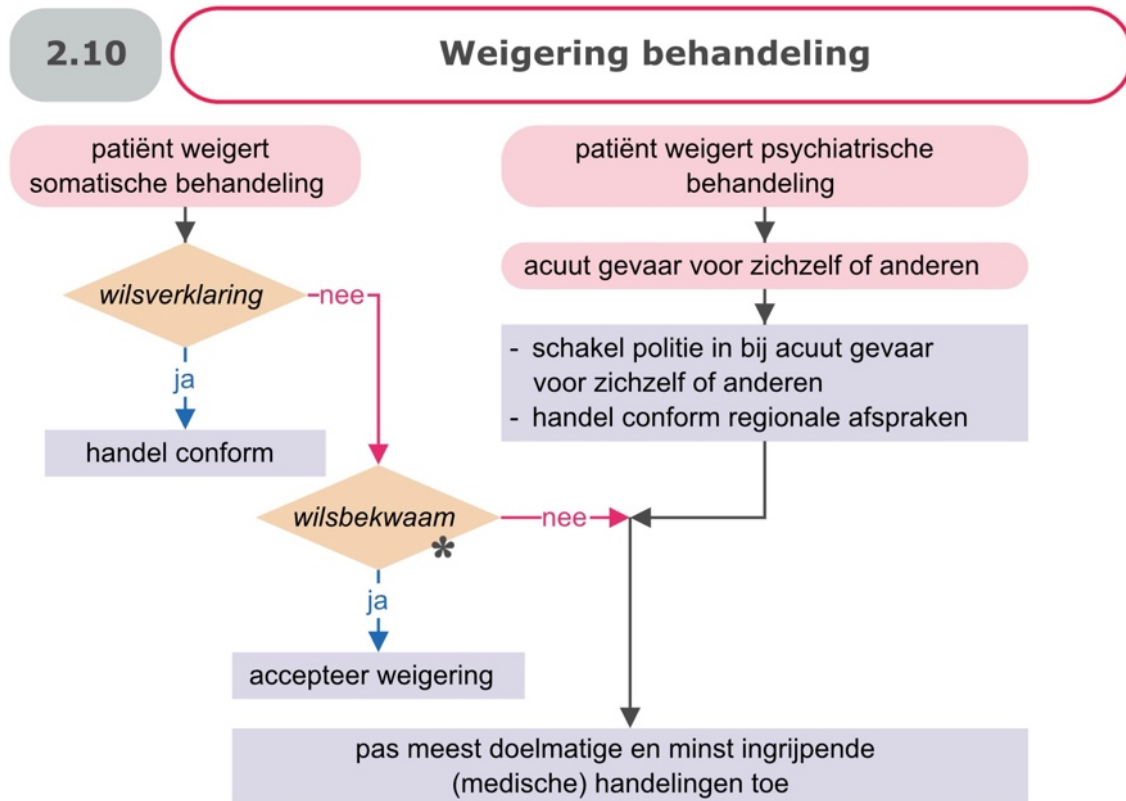


Illustratie: <https://www.ravbrabantmwn.nl/>

¹⁹ AZN 2021, *Uniform begrippenkader ambulancezorg*, p. 3.

²⁰ 'Landelijk protocol ambulancezorg (LPA)', Azn 2022, Ambulancezorg.nl

In LPA 2.10 'Weigering behandeling' komen bepalingen met betrekking tot toestemming, informatie en wilsbekwaamheid aan de orde:



*

- patiënt is wilsbekwaam wanneer hij/zij goed geïnformeerd is en in staat is de gevolgen van zijn/haar beslissing te overzien
- in acute situatie is het meestal niet mogelijk zorgvuldig te beoordelen of de patiënt feitelijk wilsbekwaam is; het is daarom verstandig bij twijfel te kiezen voor behandeling/vervoer

< 12 jaar: toestemming ouder(s) of wettelijke vertegenwoordiger(s) vereist
 12-16 jaar: kind en ouder(s) hebben ieder een beslissingsbevoegdheid
 ≥ 16 jaar: patiënt beslist

- informeer patiënt
- documenteer
- verleen zorg die niet geweigerd wordt
- overdracht huisarts

Het VLPA 2.10 geeft iets meer aanknopingspunten voor de ambulancezorgverlener:

2.10

Weigering behandeling (VLPA)

Samenvatting

Toestemming van de patiënt is een vereiste voor het verlenen van hulp. Informeer patiënt over werkd Diagnose en mogelijke behandeling, check of het begrepen is en vraag toestemming om te behandelen. Accepteer een weigering tenzij er acuut gevaar dreigt. Als de patiënt niet wilsbekwaam is en behandeling noodzakelijk, moet de noodzakelijke zorg gegeven worden.

Gebruikte richtlijnen en literatuur

- Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO. KNMG, 2004
www.knmg-artsennet.nl
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). www.minvws.nl

Expert opinion

De expertgroep geeft aan dat het hier gaat om een medisch-juridisch protocol; er is geen medisch inhoudelijk bewijs voorhanden of van toepassing.

Achtergrondinformatie

De wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) omvat een informatieplicht en een toestemmingsvereiste.

De informatie moet afgestemd zijn op de patiënt en het mogelijk maken voor de patiënt om geïnformeerd toestemming te geven. Toestemming is noodzakelijk om te mogen behandelen, tenzij (1) direct levensreddend ingrijpen noodzakelijk is, of (2) wanneer de patiënt niet in staat is toestemming te geven, bijv. door bewusteloosheid.

De patiënt is wilsbekwaam wanneer hij (door somatische en/of psychiatrische beperkingen):

- de informatie over de ziekte of behandeling niet kan begrijpen;
- niet in staat is om zelf een besluit te nemen;
- de gevolgen van een besluit niet kan overzien.

Wils(on)bekwaamheid wordt vastgesteld door de hulpverlener, hiervoor is geen psychiater nodig.

Als een wilsbekwame patiënt vergezeld wordt door diens partner, dan kan deze als vertegenwoordiger voor de patiënt optreden en een beslissing in het belang van de patiënt nemen. De gevraagde toestemming voor behandeling geldt voor de noodzakelijke zorg.

De WGBO eist goed hulpverlenerschap; het achterwege laten van een noodzakelijke behandeling kan in strijd zijn met 'goed hulpverlenerschap'. Wanneer handelen nodig is om ernstig nadeel voor de wilsbekwame patiënt te voorkomen moet de patiënt desnoods tegen zijn zin 'met rechte rug' of indien noodzakelijk met politieassistentie voor behandeling meegenomen worden. De afwegingen zijn als volgt:

- staat de genomen medische verrichting in duur en omvang in redelijke verhouding tot de aanleiding (proportionaliteitsbeginsel)?
- is er gekozen voor de minst ingrijpende verrichting (subsidiariteitsbeginsel)?
- is de toegepaste verrichting het meest geschikt om het gestelde doel te bereiken (doelmatigheidsbeginsel)?

Het registreren van gedwongen medische verrichtingen middels zorgvuldige vastlegging op het Ambulance Patiënt Dossier (APD) is noodzakelijk: vastleggen van de besluitvorming en wel/niet verkregen toestemming van de patiënt of vertegenwoordiger/familie.

Wat direct opvalt is dat het protocol pas spreekt van het toestemmingsvereiste en de informatieplicht wanneer er sprake is van het weigeren van een behandeling. Deze principes zijn uiteraard ook van toepassing wanneer een patiënt de zorg wel accepteert. Het protocol stelt dat de patiënt alleen geïnformeerd dient te worden over de werkd Diagnose en de mogelijke behandeling. Dit wijkt af van het bepaalde in artikel 7:448 BW, waarin veel meer onderdelen met betrekking tot de informatieplicht zijn opgenomen.

Het begrip 'toestemming' is in het protocol zeer beperkt uitgewerkt. Wel is duidelijk beschreven dat het uitgangspunt is dat toestemming van de patiënt een vereiste is voor het verlenen van hulp.

Het begrip ‘wils(on)bekwaam’ is in het VLPA op een duidelijke, beknopte manier omschreven. In het stroomschema (onderaan in het gele blok) staat echter een onjuiste opmerking:

“In acute situaties is het meestal niet mogelijk zorgvuldig te beoordelen of de patiënt feitelijk wilsbekwaam is; Het is daarom verstandig bij twijfel te kiezen voor behandeling/vervoer.”

Uit de wetgeving en de literatuur blijkt nergens dat het bepalen van wilsbekwaamheid in acute situaties niet mogelijk is. Het is dan dubieus dat een ambulancezorgverlener bij twijfel over de wilsbekwaamheid over zou moeten gaan tot behandeling en/of vervoer. Het uitgangspunt is dat een persoon wilsbekwaam is tot het tegendeel blijkt. Twijfel bij de ambulancezorgverlener over de wilsbekwaamheid kan niet leiden tot een behandeling zonder toestemming van de patiënt.

Mocht een ambulancezorgverlener een patiënt wilsonbekwaam achten, dan kan er vervangende toestemming gevraagd worden aan een vertegenwoordiger van de patiënt. Het VLPA spreekt alleen van de partner van de patiënt, dit is te beperkt. Er zijn meerdere personen die vertegenwoordiger kunnen zijn van de patiënt. Zie hiervoor paragraaf 2.1.3.3 onder het stuk ‘Vertegenwoordiging’.

Het onderwerp ‘Goed hulpverlenerschap’ in het VLPA gaat in zijn geheel voorbij aan het uitgangspunt dat, binnen het zelfbeschikkingsrecht, verzet in principe moet worden gerespecteerd. Dit is ook zo bij wilsonbekwame patiënten. Wat beschreven wordt over de situatie dat een patiënt ‘met rechte rug’ of met politieassistentie moet worden meegenomen voor behandeling, gaat voorbij aan wat onder dat stuk geschreven is over proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Als er een alternatieve behandeling - eventueel door een andere hulpverlener - mogelijk is, verdient dat de voorkeur boven vrijheidsbeperkende maatregelen. Overigens staat dit ook in het stroomschema: *“Pas meest doelmatige en minst ingrijpende (medische) handelingen toe.”* Het vervoeren van een patiënt naar een ziekenhuis voor behandeling zal niet altijd de meest doelmatige en minst ingrijpende handeling zijn.

2.2.3 Andere handreikingen AZN

AZN heeft twee handreikingen gepubliceerd die ook informatie geven over onvrijwillige somatische zorgverlening. De eerste handreiking gaat over de Wvggz, de tweede over de Wzd. Inhoudelijk zal dit onderzoek op deze wetten niet ingaan, maar in deze handreikingen is een alinea opgenomen over onvrijwillige zorg onder de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling. Deze alinea is in beide handreikingen identiek en geeft de volgende beschrijving:

“Voor alle geneeskundige behandelingen is in beginsel de toestemming van de patiënt nodig. De Wgbo biedt in uitzonderlijke omstandigheden ruimte voorgeneeskundige behandeling tegen de wil van de patiënt in. Dit is het geval wanneer de patiënt wilsonbekwaam inzake de medische behandeling wordt geacht en de behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Dan is er vervangende toestemming nodig van een wettelijk vertegenwoordiger. Als deze niet beschikbaar is en er is sprake van een noodsituatie mag er eveneens medisch worden ingegrepen om ernstig nadeel te voorkomen. In dit verband kunnen op grond van de Wgbo ook eventuele kortdurende vrijheidsbeperkingen (bijvoorbeeld het vasthouden van een cliënt om medicatie veilig toe te dienen) worden toegepast om deze geneeskundige behandeling goed uit te kunnen voeren.”²¹

²¹ AZN 2021, *Handreiking wet verplichte geestelijke gezondheidszorg in de ambulancezorg*, p. 8; AZN 2021, *Handreiking wet zorg en dwang in de ambulancezorg*, p. 7.

2.3 Beleid andere zorgverleners

Tot nu toe zijn de wettelijke bepalingen en de landelijke normen, waarmee de ambulancezorgverleners werken, de revue gepasseerd. Er zijn echter nog andere zorgverleners die opereren in de acute zorg. Hanteren zij hetzelfde of juist ander beleid en wat kan de RAV Brabant MWN daarvan leren?

2.3.1 Landelijke Huisartsen Vereniging

De Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV) geeft op haar website informatie over het verlenen van onvrijwillige zorg door huisartsen. Hierbij verwijst de LHV naar de Wvvgg en Wzd.²² Informatie over onvrijwillige zorg gebaseerd op andere wetgeving geeft de website niet. De zoekterm 'wilsbekwaamheid' leidt naar een Praktijkkartaat Wilsonbekwaamheid.

De praktijkkaart geeft een huisarts handvatten om te bepalen wanneer er bij een patiënt sprake is van wilsonbekwaamheid. De positie van de vertegenwoordiger wordt ook duidelijk besproken. Verder geeft de praktijkkaart aan hoe een huisarts om dient te gaan met verzet en wanneer dus onvrijwillige zorg gegeven kan worden:

“Wanneer een wilsonbekwame patiënt zich tegen een (ingrijpende) behandeling - waarvoor zijn vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven - verzet, kan de behandeling toch (onder dwang) worden uitgevoerd wanneer deze nodig is om ‘ernstig nadeel voor de patiënt’ weg te nemen. Bijvoorbeeld als de patiënt blijvende schade oploopt als hij niet wordt behandeld.”²³

De praktijkkaart geeft daarnaast aan wat er in het medisch dossier moet worden vastgelegd.

2.3.2 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ) geeft op haar website geen specifieke informatie over het verlenen van onvrijwillige zorg in ziekenhuizen. Alleen de zoekterm 'dwang' leidt tot een document: de Handreiking wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra. In deze handreiking zijn wel bepalingen opgenomen met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige zorg onder de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling. Er is specifiek aandacht besteed aan vereisten met betrekking tot hulpverleningen op de spoedeisende hulp.

Het uitgangspunt van onderzoek of behandeling op de spoedeisende hulp is dat de behandelaar zorg verleent overeenkomstig het bepaalde in de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling.²⁴ De handreiking geeft aan dat onder uitzonderlijke omstandigheden onvrijwillige zorg op grond van deze bepalingen mogelijk is. De voorwaarden waaraan een behandelaar moet voldoen, zijn de volgende:

- De patiënt zelf is ter zake wilsonbekwaam;
- Het moet gaan om een verrichting van ingrijpende aard;
- De behandeling is kennelijk noodzakelijk om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen;
- Er moet vervangende toestemming door de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt zijn gegeven, tenzij het een spoedsituatie betreft waarin de tijd ontbreekt om de vervangende toestemming te vragen;
- Er moet gekozen worden voor het minst ingrijpende middel en voor het inzetten van dit middel voor een zo kort mogelijke periode.²⁵

²² 'Onvrijwillige zorg', LHV 2022, Lhv.nl

²³ Zie bijlage 1.

²⁴ Ministerie van VWS 2022, *Handreiking wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra*, p. 17.

²⁵ Ministerie van VWS 2022, *Handreiking wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra*, p. 6.

2.3.3 Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis

Het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis (hierna: ETZ) is een topklinisch ziekenhuis. Topklinische ziekenhuizen zijn gespecialiseerd in één of meerdere zorggebieden. Mede daardoor ontvangen zij patiënten uit een groter gebied dan kleinere, algemene ziekenhuizen. Het ETZ heeft een samenwerkingsverband met – het hele verzorgingsgebied van – de RAV Brabant MWN.²⁶

Het ETZ heeft in het interne kwaliteitshandboek iProva twee documenten opgenomen die een uitwerking geven van informed consent. Het eerste document, 'Informed consent beleid', geeft een duidelijke uitleg over informed consent en hoe dit bereikt moet worden. In het document worden, op pagina 3, handvatten gegeven om de informatie af te stemmen op de patiënt.²⁷

“De behoefte aan informatie kan per patiënt verschillen. Wat de patiënt kan begrijpen ook. Daarom is het zaak om:

- Bij het verstrekken van informatie goed na te gaan of de patiënt de informatie begrijpt. Kijk hierbij ook naar eventuele beperkingen (zowel fysiek, cognitief, als taal en taalvaardigheid/laaggeletterdheid)*
- Rekening te houden met de specifieke omstandigheden van de patiënt. [...]*
- Te checken of de patiënt wilsbekwaam is. [...]*
- Te controleren of de patiënt de informatie goed begrepen heeft. De report back methode is hiervoor de gouden standaard. Dit houdt in dat de patiënt in haar eigen woorden herhaalt wat u zojuist besproken heeft.*
- De patiënt nadrukkelijk uit te nodigen vragen te stellen.”*

Het tweede document, 'Toestemming/wettelijke vertegenwoordiging/het vaststellen van wils(on)bekwaamheid', geeft een nadere uitwerking op het informed consent beleid. In het document wordt aandacht gegeven aan de vertegenwoordiging van minderjarigen én meerderjarigen, wilsonbekwame patiënten en de mogelijkheden voor somatische dwangbehandeling van wilsonbekwame patiënten. In bijlage 2 van het document is een stappenplan ter beoordeling van wilsbekwaamheid opgenomen. In het document is, op pagina 7, een zin opgenomen die niets aan de verbeelding overlaat.²⁸

“Somatische dwangbehandeling bij wilsbekwame patiënten mag nooit plaatsvinden.”

2.3.4 Nederlandse vereniging voor Intensive Care

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (hierna: NVIC) geeft op haar website geen specifieke informatie over het verlenen van onvrijwillige somatische zorg op de afdeling Intensive Care. De website heeft wel een overzicht van de geldende richtlijnen.²⁹ De richtlijn die het meest aansluit bij dit onderzoek is de richtlijn 'Einde leven 2021'. Deze richtlijn heet voluit: Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandelingen bij volwassen ic-patiënten. Hoewel de naam niet doet vermoeden dat deze leidraad aansluit bij de onderzoeksvraag, geeft deze leidraad veel uitleg over de (on)mogelijkheden bij het toepassen van onvrijwillige somatische zorg.

²⁶ 'Het ETZ: Wie zijn wij?', ETZ 2022, Etz.nl

²⁷ Zie bijlage 2.

²⁸ Zie bijlage 3.

²⁹ 'Richtlijnen', NVIC 2022, Nvic.nl

De leidraad gaat bijvoorbeeld in op de vraag wie een behandelbeslissing mag nemen:

“Voor (afzien van) behandelen is de ‘informed consent’ van de patiënt uitgangspunt (art. 7: 450 BW), tenzij de behandeling geen redelijk behandeldoel dient (art. 7: 453 BW). De beslissing m.b.t. het niet starten van een behandeling wordt door de intensivist (als hoofdbehandelaar op de IC) in beginsel in samenspraak met medebehandelaren en de patiënt (of diens vertegenwoordigers) genomen (“shared decision making”). Sommige patiënten geven zelf aan een behandeling niet te wensen, bijvoorbeeld reanimatie. Dit gebeurt dan doorgaans tijdens advance care planning, mondeling of via een schriftelijke wilsverklaring. Een besluit tot afzien van behandeling door een vertegenwoordiger bij een wilsonbekwame patiënt heeft niet zonder meer dezelfde status als de beslissing van de wilsbekwame patiënt zelf en moet getoetst aan het belang van de patiënt, op de veronderstelde wil van de patiënt en goed vertegenwoordigerschap (geen andere belangen dienen).”³⁰

De leidraad beschrijft ook duidelijk in welke volgorde een vertegenwoordiger aan bod komt. In de leidraad gaat het specifiek over het geven van informatie, maar duidelijk is dat bekend is hoe de rangorde van vertegenwoordigers is. Dit sluit goed aan bij artikel 7:465 BW:

“Indien de patiënt wilsonbekwaam is en vooraf een vertegenwoordiger heeft aangewezen of er is een benoemd wettelijk vertegenwoordiger, dan zal de hulpverlener de informatie aan deze vertegenwoordiger moeten mededelen. Is deze niet benoemd of aangewezen, dan zal eerst de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt geïnformeerd worden, tenzij deze persoon heeft aangegeven dat niet te willen. Ontbreken deze dan zal een ouder, kind, broer/zus van de patiënt moeten worden geïnformeerd.”³¹

Ook de situatie dat er geen overeenstemming is tussen de hulpverlener en de patiënt wordt in de leidraad uitgelicht. Hetzelfde geldt voor de situatie dat een patiënt aangeeft een behandeling niet te willen:

“Indien er geen overeenstemming tussen behandelteam en patiënt/vertegenwoordigers kan worden bereikt, dient de beslissing t.a.v. het staken van een behandeling te worden uitgesteld. Herhaald overleg tussen de verschillende belanghebbenden is dan de eerste stap om alsnog tot overeenstemming te komen. De patiënt kan echter ook zelf aangeven een bepaalde behandeling niet te willen. [...] De patiënt heeft het recht een behandeling te weigeren. De patiënt, diens vertegenwoordiger of naasten hebben echter niet het recht een medisch zinloze behandeling af te dwingen. De patiënt heeft uiteraard wel steeds recht op een zorgvuldige afweging van zijn wensen.”³²

De NVIC laat in deze leidraad duidelijk naar voren komen dat aandacht besteed moet worden aan toestemming krijgen en informatie geven, om tot informed consent te komen. De leidraad geeft aan wat de rangorde is van vertegenwoordigers. Ook het recht van een patiënt om een behandeling te weigeren komt goed aan bod.

³⁰ Commissie Ethiek NVIC 2021, *Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandeling bij volwassen IC-patiënten*, p. 9.

³¹ Commissie Ethiek NVIC 2021, *Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandeling bij volwassen IC-patiënten*, p. 9.

³² Commissie Ethiek NVIC 2021, *Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandeling bij volwassen IC-patiënten*, p. 10.

Daarnaast is in de leidraad zelfs een stuk opgenomen over juridische bepalingen:

Een wilsbekwame patiënt kan zelf afzien van behandeling, waardoor het vereiste informed consent voor de behandeling ontbreekt (art. 7: 450 lid 1 BW). [...] De patiënt moet dan wel goed geïnformeerd zijn over zijn mogelijkheden en de behandeling (art. 7: 448 BW).³³

2.4 Tussenconclusie

Voor het verlenen van (onvrijwillige) somatische zorg aan patiënten worden er diverse voorwaarden gegeven in Europese en landelijke wet- en regelgeving en landelijke normen. Zo zijn voor de gezondheidszorg mensenrechten en grondrechten uitermate belangrijk. Bij het verlenen van zorg kunnen deze rechten in het geding komen. Om dit te voorkomen zijn er in Europese en landelijke wet- en regelgeving bepalingen met betrekking tot patiëntenrechten opgenomen. De algemene rechten voor patiënten zijn opgenomen in Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek: De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. De bepalingen in dit deel van het Burgerlijk Wetboek geven handvatten om een goede samenwerking tussen een patiënt en een hulpverlener te creëren. Een rechtsbeginsel dat voor het verlenen van zorg bijzonder relevant is, is het zelfbeschikkingsrecht.

Toestemming van de patiënt is vereist voor alle verrichtingen die uit een behandelingsovereenkomst voortvloeien. Een patiënt kan een gegeven toestemming weer intrekken, daarnaast kan een patiënt een behandeling weigeren. Om toestemming te kunnen geven heeft de patiënt informatie van de hulpverlener nodig. Dit is nodig om te komen tot 'informed consent'. Er zijn uitzonderingen op de hoofdregel dat een patiënt toestemming moet geven voor een verrichting:

- Als de patiënt bewusteloos is;
- Als een verrichting niet van ingrijpende aard is;
- Als in een spoedeisende situatie toestemming van een vertegenwoordiger van de patiënt nodig is, maar er geen tijd is om deze toestemming te vragen.

De ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN behandelen een patiënt conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Dat protocol sluit niet goed aan bij de Europese en landelijke wet- en regelgeving met betrekking tot patiëntenrechten. De begrippen 'informatie' en 'toestemming' zijn in het protocol zeer beperkt uitgewerkt. Dit geldt ook voor de vertegenwoordiging van patiënten. Het begrip 'wils(on)bekwaam' is in het protocol, in juridische zin, onjuist uitgewerkt. Het protocol gaat in zijn geheel voorbij aan het uitgangspunt dat verzet in principe gerespecteerd moet worden. Dit sluit niet aan bij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het kan nu voorkomen dat een ambulancezorgverlener handelt in lijn met het protocol en daardoor (onbewust) een inbreuk maakt op de rechten van de patiënt.

Andere zorgverleners in de acute zorg hebben verschillende middelen die handvatten geven over hoe om te gaan met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg. Al deze middelen voldoen aan wat beschreven is in wet- en regelgeving, al geeft het ene middel een betere uitwerking dan het ander. Mogelijk zijn (delen van) deze middelen ook bruikbaar voor de RAV Brabant MWN.

³³ Commissie Ethiek NVIC 2021, *Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandeling bij volwassen IC-patiënten*, p. 4.

Hoofdstuk 3. De huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN

Dit hoofdstuk bespreekt de huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Allereerst beschrijft paragraaf 3.1 wat onvrijwillige somatische zorg is. Dan beschrijft paragraaf 3.2 welk geschreven beleid ten aanzien van het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten de RAV Brabant MWN op dit moment bezit. Vervolgens komt in paragraaf 3.3 het ongeschreven beleid aan bod. Daarna beschrijft paragraaf 3.4 op welke manier ambulancezorgverleners op dit moment handelen bij het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Een tussenconclusie sluit dit hoofdstuk af.

3.1 Onvrijwillige somatische zorg

Ambulancezorgverleners kunnen te maken krijgen met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Het is dan van belang om te weten wat onvrijwillige somatische zorg precies is. Somatische zorg betreft de verzorging van lichamelijke klachten. Zoals in paragraaf 2.1.3.3 beschreven, is toestemming van de patiënt vereist voor alle verrichtingen die uit die behandelingsovereenkomst voortvloeien. Handelt de ambulancezorgverlener zonder toestemming van de patiënt, dan is er in de basis sprake van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige somatische zorg betekent dus de verzorging van lichamelijke klachten zonder de toestemming van de patiënt.

Er zijn echter uitzonderingen op het toestemmingsvereiste, zoals besproken in paragraaf 2.1.3.3. De eerste uitzondering op het toestemmingsvereiste is de bewusteloze patiënt. Met deze patiëntencategorie hebben ambulancezorgverleners regelmatig te maken. Hier doen zich geen problemen voor. De ambulancezorgverleners handelen volgens het protocol en de patiënt wordt vervoerd naar het ziekenhuis. De ambulancezorgverleners behartigen dan de belangen van de patiënt.³⁴

Een andere uitzondering doet zich voor als een verrichting niet van ingrijpende aard is. De toestemming mag dan worden verondersteld op grond van artikel 7:466 lid 2 BW. Soms kan toestemming ook worden verondersteld door het gedrag van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld voor zichzelf 112 belt voor hulp, mag men verwachten dat die persoon geholpen wil worden. Hulpverleningen waarbij sprake is van deze uitzondering leveren doorgaans ook geen problemen op.

Soms doet zich een situatie voor waarin de patiënt ervoor kiest om niet in te stemmen met het advies van de ambulancezorgverleners. Dit hoeft geen probleem te zijn, maar de vraag die dan opkomt is of de patiënt wel in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Met andere woorden: Is de patiënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam? Is de patiënt wilsonbekwaam, dan kan de hulpverlener de behandelingsovereenkomst nakomen tegenover een vertegenwoordiger van de patiënt. Als in een spoedeisende situatie toestemming van een vertegenwoordiger van de patiënt nodig is, maar er is geen tijd om deze toestemming te vragen (of er is geen vertegenwoordiger), dan mag de hulpverlener de verrichting uitvoeren (art. 7:466 lid 1 BW). Er moet dan wel sprake zijn van noodzakelijk medisch handelen om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Vertegenwoordiging en het bepalen van wilsbekwaamheid zijn beide zaken waar ambulancezorgverleners niet dagelijks mee te maken hebben en deze uitzondering is daardoor lastig voor ambulancezorgverleners. De volgende paragrafen beschrijven het (ongeschreven) beleid waarmee ambulancezorgverleners werken en de huidige handelswijze van de ambulancezorgverleners in de praktijk.

³⁴ *Kamerstukken II 1990/91, 21561, 6, p. 54.*

3.2 Geschreven beleid

De RAV Brabant MWN gebruikt twee systemen waarin beleidsstukken zijn in te zien voor de medewerkers. Dit zijn de intranetpagina Ambupoint en het kwaliteitshandboek Zenya. In beide systemen is gezocht met de zoektermen ‘achterwacht’, ‘informatie’, ‘toestemming’, ‘onvrijwillig’, ‘onvrijwillige’, ‘onvrijwillige zorg’, ‘dwang’, ‘drang’, ‘weiger’, ‘weigeren’, ‘wilsbekwaam’ en ‘wilsonbekwaam’.

3.2.1 Ambupoint

Op Ambupoint is een nieuwsbericht te vinden dat uitleg geeft over de Wvggz. Dit nieuwsbericht is het enige document op Ambupoint dat betrekking heeft op (onvrijwillige) somatische zorgverlening aan patiënten. Hoewel het nieuwsbericht inhoudelijk gaat over de Wvggz, is het toch toepasbaar op dit onderzoek. Dit nieuwsbericht wordt namelijk afgesloten met de opmerking dat LPA 2.10 ‘Weigering behandeling’ toepasbaar is bij het weigeren van zorg.³⁵

3.2.2 Zenya

In het kwaliteitshandboek Zenya is een document te vinden dat raakvlakken heeft met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Het document heet ‘Wetten en standaarden’. Dit document beschrijft in een paragraaf over de Wvggz en Wzd kort dat patiënten onvrijwillige zorg kunnen krijgen onder die wetgeving. Over onvrijwillige somatische zorg onder de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling staat echter niets beschreven.³⁶

In het kwaliteitshandboek is ook het document ‘Achterwacht verpleegkundig specialist en MMA regio Brabant MW, regio Oost en Zeeland’ te vinden. Dit document bevat een verwijzing naar onvrijwillige somatische zorg onder de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling. In dit document staat beschreven wanneer een ambulancezorgverlener overleg kan hebben met de dienstdoende functionaris van de medisch achterwacht. De volgende situatie is in dit document expliciet beschreven als aanleiding voor een contactmoment:

“Ambulanceverpleegkundige is bij patiënt, maar deze wil niet mee. Mag patiënt tegen zijn wil in meegenomen worden?”³⁷

Het document geeft geen verdere handelwijze ten aanzien van de patiënt. Wel maakt het document duidelijk dat ambulancezorgverleners in dit soort gevallen terug kunnen vallen op de dienstdoende functionaris van de medisch achterwacht.

3.2.3 LPA en VLPA

Het LPA en VLPA zijn weliswaar geen eigen beleid van de RAV Brabant MWN, maar geven wel de professionele standaard voor de ambulancezorgverleners. Dit is reeds besproken in paragraaf 2.2.2. Protocol LPA 2.10 ‘Weigering behandeling’ is, zoals ook aangehaald in bericht op Ambupoint, het enige geschreven richtinggevend kader voor de ambulancezorgverleners.

³⁵ Zie bijlage 4.

³⁶ Zie bijlage 5.

³⁷ Zie bijlage 6.

3.3 Ongeschreven beleid

Op Ambupoint bestaat een pagina met de titel 'Medisch'. Op deze pagina is informatie te vinden over medische vraagstukken. Op deze pagina is een tabblad 'documenten' aangemaakt. Tussen de documenten staan twee documenten die toepasbaar zijn op dit onderzoek. Het zijn twee artikelen over het bepalen van de wilsbekwaamheid van een patiënt. De documenten zijn geen geschreven beleid van de RAV Brabant MWN. Het zijn publicaties van externe partijen, die als pdf-bestand zijn opgeslagen. De documenten zijn geplaatst door een van de verpleegkundig specialisten en niet door beleidsmakers van de RAV Brabant MWN. De documenten geven wel handvatten voor het omgaan met en het bepalen van de wilsbekwaamheid van een patiënt.

3.3.1 Artikel Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Het artikel *'Is mijn patiënt Wilsbekwaam? Volg de leidraad'* beschrijft dat medische behandelingen alleen uitgevoerd kunnen worden na geïnformeerde toestemming van de patiënt. De wilsbekwaamheid van de patiënt is daarbij van belang. Het artikel beschrijft, aan de hand van een fictieve casus, het spanningsveld tussen het respecteren van de autonomie van de patiënt en het handelen van een arts in het belang van de patiënt. Het artikel geeft criteria die als leidraad kunnen dienen voor een gestructureerde beoordeling van de wilsbekwaamheid.³⁸

In het artikel staan de schrijvers stil bij de kern van de wilsbekwaamheidsbeoordeling: Het gaat niet om de inhoud van het besluit zelf, maar om het denkproces dat tot het besluit leidt. De vraag is of een patiënt een logische, weloverwogen en consistente afweging kan maken over een medische beslissing. Dat een patiënt het niet eens is met de voorgestelde behandeling betekent nog niet dat er sprake is van wilsonbekwaamheid. In het artikel geven de schrijvers een leidraad voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid. Daarbij sluit men aan bij de criteria die zijn beschreven door Appelbaum en Grisso:

1. Het vermogen om een keuze tussen twee (behandel)mogelijkheden te maken en die te uiten;
2. Het vermogen om de verstrekte informatie feitelijk te begrijpen;
3. Het vermogen om de aard van de situatie in te schatten (beseffen en waarderen van de eigen situatie);
4. Het vermogen om informatie rationeel af te wegen (logisch redeneren).³⁹

Een keuze die voldoet aan de criteria van Appelbaum en Grisso moet in principe gerespecteerd worden, ook al is de hulpverlener het er niet mee eens. Deze criteria zijn ook beschreven in de *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid* (besproken in paragraaf 2.1.3.3) en opgenomen in de *Praktijkaart Wilsonbekwaamheid* van de LHV.⁴⁰

Deze criteria zouden ook bruikbaar zijn bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt door een ambulancezorgverlener. Daarnaast zou de ambulancezorgverlener de criteria kunnen gebruiken bij de documentatie van die beoordeling in het patiëntendossier. Aangezien het uitgangspunt is dat elke patiënt wilsbekwaam is totdat het tegendeel is gebleken, moet het wilsonbekwaam zijn van de patiënt namelijk worden aangetoond. Daarvoor is, naast het bepalen van de wilsbekwaamheid zelf, goede documentatie in het patiëntendossier belangrijk. De criteria van Appelbaum en Grisso geven structuur als de ambulancezorgverlener zijn bevindingen vastlegt in het patiëntendossier.

³⁸ Vinkers e.a., *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014/158/A7229.

³⁹ Appelbaum & Grisso, *The New Engl J Med* 1988/319/1635-8.

⁴⁰ *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)* 2007, p. 11; zie ook bijlage 1.

3.3.2 Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid

Het stappenplan is een bijlage bij het document 'Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2: Informatie en toestemming'. Dit document is een van de vier delen van het 'Implementatieprogramma WGBO' uit 2004. Het stappenplan biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van de patiënt.⁴¹

Zoals eerder beschreven is voor de ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN het bepalen van de wilsbekwaamheid van de patiënt van belang, wanneer zij onvrijwillige somatische zorg willen verlenen aan de patiënt. Beide documenten zijn opgesteld met als doel hulpverleners hiervoor de juiste handvatten te geven. Volgens Akerboom vormen het *Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid* en de *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid* de moederrichtlijnen met betrekking tot het bepalen van de wilsbekwaamheid van een patiënt. Deze documenten zouden de ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN dan ook kunnen helpen bij het bepalen van de wilsbekwaamheid van de patiënt.⁴²

Zoals beschreven in hoofdstuk 2, is het protocol LPA 2.10 'Weigering behandeling' niet geheel in lijn met de huidige wet- en regelgeving. Het geschreven beleid van de RAV Brabant MWN geeft ambulancezorgverleners ook geen duidelijke richtlijn hoe om te gaan met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg. Het enige concrete wat ambulancezorgverleners kunnen doen, is contact opnemen met de medisch achterwacht. Het ongeschreven beleid geeft wel een richtlijn en handvatten voor het bepalen van de wilsbekwaamheid door hulpverleners. Deze richtlijn en handvatten zouden ambulancezorgverleners kunnen gebruiken. Dit ongeschreven beleid is op dit moment alleen te vinden als een ambulancezorgverlener er actief naar op zoek gaat op de pagina 'Medisch' op Ambupoint. Dat maakt het in de praktijk voor ambulancezorgverleners nagenoeg niet te vinden. Ambulancezorgverleners doen hulpverleningen op straat en bij patiënten thuis, vaak onder tijdsdruk. Zij hebben dan geen tijd om stukken op Ambupoint of Zenya terug te zoeken. Een protocol hebben zij, in boekvorm of op een app, altijd bij zich. Het zou daarom goed zijn om van het ongeschreven beleid geschreven beleid te maken en het op te nemen in het protocol. Zo is de informatie direct beschikbaar voor de ambulancezorgverleners.



Illustratie: <https://www.ravbrabantmwn.nl/wat-we-doen/kwaliteit>

⁴¹ Witmer & De Roode 2004, p. 117-122.

⁴² Akerboom e.a. 2011, p. 153.

3.4 Handelingswijze ambulancezorgverleners

Om informatie te krijgen over de huidige handelingswijze van ambulancezorgverleners, met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg onder de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling, is een enquête uitgezet. Daarna zijn interviews afgenomen. De enquête- en interviewvragen zijn samengesteld, en waar nodig aangepast, in overleg met de mentor van de RAV Brabant MWN. De enquête is uitgezet onder negentig ambulancezorgverleners. De enquête heeft vijfenveertig reacties opgeleverd. De enquête bestond uit de volgende vijf vragen:

1. Heb jij in de afgelopen periode (januari 2021 tot en met maart 2022) een hulpverlening meegemaakt waarbij een patiënt niet wilde meewerken aan een behandeling, terwijl die behandeling in jouw ogen wel noodzakelijk was?
2. Hoe vaak heb jij dit in de afgelopen periode (januari 2021 tot en met maart 2022) meegemaakt?
3. Heb jij deze hulpverlening(en) met een voor jezelf tevreden gevoel op kunnen lossen?
4. Heb jij over deze hulpverlening(en) nadien vragen/opmerkingen/klachten gehad?
5. Zou ik je mogen benaderen voor een interview over deze hulpverlening(en)?

Op vraag 1 heeft 69% van de ambulancezorgverleners aangegeven, in de aangegeven periode, een dergelijke hulpverlening meegemaakt te hebben. Van de respondenten heeft 31% dit één keer meegemaakt, 18% twee keer en 20% meer dan twee keer. De overige 31% heeft aangegeven dat deze vraag op hen niet van toepassing is. Dit komt overeen met de reacties op vraag 1. De meerderheid, ruim 62%, geeft aan de hulpverlening met een tevreden gevoel afgehandeld te hebben. Slechts in één geval zijn er na de hulpverlening vragen, opmerkingen en/of klachten over de hulpverlening gekomen. Op vraag 5 heeft 58% gereageerd met 'ja' en ook daadwerkelijk een e-mailadres achtergelaten. Na de enquête was het daardoor mogelijk om 26 personen te benaderen voor een interview. Om het onderzoek niet onnodig groot te maken, is in eerste instantie een lijst met tien personen gemaakt om te benaderen voor een interview. Deze tien personen zijn gekozen door middel van loting. De loting is uitgevoerd door een onafhankelijke persoon, die tien lootjes heeft getrokken met daarop de letters 'A' tot en met 'Z'. Deze letters zijn vooraf gekoppeld aan de, in de enquête ingevulde, e-mailadressen. De interviews zijn anoniem verwerkt en hebben daarom als naam de letter die correspondeert met het e-mailadres van de geïnterviewde. De interviews hebben plaatsgevonden voor, tijdens of na een dienst op de ambulance. De interviews zijn afgenomen op de ambulanceposten Tilburg-Noord en Tilburg-Zuid. Na vijf interviews met zes personen was verzadiging bereikt, daarom is ervoor gekozen de overige interviews niet meer af te nemen.

Uit de interviews komt naar voren dat de ambulancezorgverleners, in hele diverse casussen, te maken krijgen met patiënten die niet instemmen met het advies van de ambulancezorgverleners. Meestal gaat het om patiënten die niet mee willen gaan naar het ziekenhuis voor verdere diagnostiek. Soms gaat het om patiënten die zelfs niet mee willen werken aan het onderzoek of de behandeling ter plaatse. In de interviews zijn vragen gesteld over de onderwerpen 'beoordelen wilsbekwaamheid', 'hulplijnen', 'wel of niet uitgevoerde handelingen', 'informatie geven', 'gevoel van de hulpverlener' en 'benodigde hulpmiddelen'. Informatie van ambulancezorgverleners over deze onderwerpen is nodig om de deelvraag over de huidige werkwijze te kunnen beantwoorden.⁴³

⁴³ Zie bijlage 7.

3.4.1 Beoordelen van de wilsbekwaamheid

Uit de interviews blijkt dat ambulancezorgverleners ieder een eigen manier hebben om de wils(on)bekwaamheid van een patiënt te beoordelen. Soms vraagt men aan de patiënt of hij de effecten en risico's van het weigeren van een behandeling begrijpt. Ook het letterlijk laten herhalen van hetgeen de ambulancezorgverlener heeft gezegd, komt voor.⁴⁴ Een andere ambulancezorgverlener benoemt de risico's. Daarbij blijft het bij het benoemen.⁴⁵ Een ambulancezorgverlener heeft ja/nee-vragen gebruikt, aangezien de patiënt niet kon praten, om te toetsen of de patiënt de risico's begreep. Deze ambulancezorgverlener heeft de patiënt daarnaast opdrachten uit laten voeren om te zien of de patiënt begreep wat gevraagd werd.⁴⁶ Twee ambulancezorgverleners bepalen de wilsbekwaamheid van een patiënt aan de hand van de mate van aanspreekbaarheid, het wilsbekwaam ogen van de patiënt, een vooraf vastgestelde verstandelijke beperking of een intoxicatie met middelen.⁴⁷

De wilsbekwaamheid wordt soms bepaald aan de hand van de afweging of een patiënt weet wie hij is, waar hij is en hoe laat het is.⁴⁸ Alle ambulancezorgverleners maken een notitie van het bepalen van de wilsbekwaamheid in het patiëntendossier.

3.4.2 Hulplijnen

De huisarts, buiten kantoortijden de huisartsenpost, is een hulplijn die ambulancezorgverleners regelmatig inschakelen.⁴⁹ Dit geldt ook voor de medisch achterwacht van de RAV Brabant MWN.⁵⁰ Het gebruik van deze hulplijnen ervaart men als prettig. De ambulancezorgverleners geven aan het fijn te vinden om met iemand te sparren over de casus. Ze willen voorkomen dat ze iets vergeten of over het hoofd zien.

3.4.3 Wel of niet uitgevoerde handelingen

Uit de situaties die zijn beschreven in de interviews blijkt dat onderzoek ter plaatse meestal wel uitgevoerd kan worden. Bij het vervoeren van de patiënt naar het ziekenhuis, voor verder onderzoek, is dit anders. Dit vervoer vindt meestal niet plaats. Op één patiënt na, zijn de patiënten ter plaatse achtergebleven.

3.4.4 Informatie geven

Op basis van de interviews lijkt het geven van duidelijke informatie aan patiënten in de praktijk lastig te zijn. De ambulancezorgverleners proberen zich aan te passen aan het niveau van de patiënt, maar geven tegelijkertijd aan dat het vaak niet te toetsen is in hoeverre dat gelukt is.⁵¹ Verder blijkt uit de interviews dat de ambulancezorgverleners ieder op hun eigen manier informatie geven aan de patiënt. De meeste ambulancezorgverleners informeren de patiënt over de situatie, kijken of hij daarop reageert en vragen of hij de informatie begrepen heeft. Een enkele ambulancezorgverlener laat de patiënt de gegeven informatie herhalen.⁵² Geen van de ambulancezorgverleners vraagt de patiënt om in zijn eigen woorden aan te geven wat er zojuist besproken is.

⁴⁴ Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 2 & 6.

⁴⁵ Zie bijlage 7, interview E., p. 1.

⁴⁶ Zie bijlage 7, interview G., p. 1.

⁴⁷ Zie bijlage 7, interview B., p. 1 en 5; zie ook bijlage 7, interview G., p. 1.

⁴⁸ Zie bijlage 7, interview E., p. 1.

⁴⁹ Zie bijlage 7, interview G., p. 2; zie ook bijlage 7, interview W. & X., p. 2.

⁵⁰ Zie bijlage 7, interview B., p. 2; zie ook bijlage 7, interview E., p. 2; zie ook bijlage 7, interview W. & X., p. 2.

⁵¹ Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 3.

⁵² Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 7.

3.4.5 Gevoel van de hulpverlener

De meeste ambulancezorgverleners houden een gevoel van onzekerheid over aan de besproken casussen. Ze vinden het lastige materie. Dit blijkt mede uit het feit dat de ambulancezorgverleners zich deze casussen lang herinneren. Andere 'heftige' casussen zijn ze eerder vergeten. Er heerst daarnaast een angst dat ze -achteraf- verantwoordelijk zijn, als een patiënt onverhoopt toch zou overlijden. De ambulancezorgverleners denken in deze situaties veel na of ze niets vergeten of over het hoofd zien.⁵³ Het geeft de ambulancezorgverleners wel een goed gevoel dat de patiënt in de basis zelf mag bepalen wat hij wel of juist niet wil.⁵⁴ Het is voor de ambulancezorgverleners pas lastig, wanneer dat zelfbeschikkingsrecht botst met het advies dat zij de patiënt geven.

3.4.6 Benodigde hulpmiddelen

Aan de ambulancezorgverleners is gevraagd wat zij nodig hebben om een beter gevoel aan de hulpverlening over te houden. Zoals hiervoor besproken, denken de ambulancezorgverleners in deze situaties veel na of ze niets vergeten of over het hoofd zien. In de interviews geven zij allemaal aan iets te missen wat hen helpt bij het bepalen van de wilsbekwaamheid van de patiënt. De ene ambulancezorgverlener vraagt om een protocol, de anderen vragen om tools, een richtlijn, concrete handvatten of een afvinklijst. Uiteindelijk lijken ze allemaal hetzelfde te zoeken, namelijk een document dat hen helpt bij het -op een juiste, eenduidige manier- bepalen van de wilsbekwaamheid. Dit document kunnen zij dan ook als leidraad gebruiken bij het beschrijven van de wilsbekwaamheid in het patiëntendossier.

3.4.7 Vertegenwoordiging

Een van de geïnterviewden heeft, in de rol van medisch achterwacht, een casus meegemaakt waarin een curator betrokken was. Met de curator was goed overleg mogelijk. In die casus wilde de ambulancezorgverleners de patiënt presenteren in het ziekenhuis. De patiënt wilde dit niet. De curator is ter plaatse gekomen om met de patiënt in gesprek te gaan en heeft besloten de wens van de patiënt te respecteren.⁵⁵ In de overige casussen hebben de ambulancezorgverleners de patiënt als wilsbekwaam ingeschat. Vertegenwoordiging speelt dan geen rol en is daardoor verder niet aan bod gekomen.

3.4.8 Medisch achterwacht

Twee van de geïnterviewden hebben, naast de eigen werkzaamheden, de rol van medisch achterwacht. Zij zijn daardoor het aanspreekpunt bij casussen met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. De medisch achterwacht-functionarissen krijgen regelmatig vragen over patiënten die geen behandeling of vervoer naar een ziekenhuis willen. Ook krijgen zij vragen over wilsbekwaamheid, soms in combinatie met alcohol- en/of drugsgebruik. In de interviews geven zij aan dat het moeilijk is om te bepalen wanneer iemand tegen zijn wil in mee moet naar een ziekenhuis en wanneer je een weigering accepteert.⁵⁶

⁵³ Zie bijlage 7, interview B., p. 2 & 4; zie ook bijlage 7, interview E., p. 3; zie ook bijlage 7, interview P., p. 4.

⁵⁴ Zie bijlage 7, interview G., p. 3; zie ook bijlage 7, interview W. & X., p. 7.

⁵⁵ Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 1-3.

⁵⁶ Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 4-5.

Uit de interviews blijkt dat er verschillen zijn in de adviezen van de medisch achterwacht. Zo gaat in de ene casus de medisch achterwacht mee in het besluit van de ambulancezorgverlener om een patiënt niet te vervoeren, terwijl in een vergelijkbare casus het advies is om de patiënt onder dwang te vervoeren naar het ziekenhuis. In de laatste casus ging de medisch achterwacht ervan uit dat de patiënt niet helder na kon denken, en dus wilsonbekwaam was, gebaseerd op het enkele feit dat de patiënt een acuut somatisch probleem had.⁵⁷

3.4.9 Overige punten

Geen van de geïnterviewde ambulancezorgverleners heeft zorg onder dwang toegepast. In één casus heeft zorg onder dwang plaatsgevonden, maar dat is uitgevoerd door de familie van de patiënt. Wel heeft zorg onder drang plaatsgevonden.⁵⁸

3.5 Tussenconclusie

De huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten is niet eenduidig. De ambulancezorgverleners weten dat toestemming van de patiënt vereist is, maar vragen er niet expliciet om. Het huidige beleid van de RAV Brabant MWN en protocol 2.10 'Weigering behandeling' geven geen verdere uitleg.

Handelt de ambulancezorgverlener zonder toestemming van de patiënt, dan is er in de basis sprake van onvrijwillige zorg. Er zijn echter uitzonderingen op het toestemmingsvereiste.

De eerste uitzondering op het toestemmingsvereiste is de bewusteloze patiënt. Met deze patiëntencategorie hebben ambulancezorgverleners regelmatig te maken. Hier doen zich geen problemen voor. De ambulancezorgverleners handelen volgens het protocol en de patiënt wordt vervoerd naar het ziekenhuis.

Soms kan toestemming ook worden verondersteld door het gedrag van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld voor zichzelf 112 belt voor hulp, mag men verwachten dat die persoon geholpen wil worden. Hulpverleningen waarbij sprake is van deze uitzondering leveren voor ambulancezorgverleners doorgaans ook geen problemen op. Ook in dit geval handelen ze volgens het protocol en de patiënt wordt vervoerd naar het ziekenhuis.

Af en toe doet zich een situatie voor, waarin de patiënt ervoor kiest om niet in te stemmen met het advies van de ambulancezorgverleners. De vraag die dan opkomt is of de patiënt wel wilsbekwaam is. Ambulancezorgverleners kunnen namelijk, bij wilsonbekwame patiënten, onvrijwillige somatische zorg toepassen met vervangende toestemming van een vertegenwoordiger van de patiënt. In dit soort situaties kunnen de ambulancezorgverleners terugvallen op protocol LPA 2.10 'Weigering behandeling', maar dit protocol is niet geheel in lijn met de huidige wet- en regelgeving.

Het geschreven beleid van de RAV Brabant MWN geeft ambulancezorgverleners ook geen duidelijke richtlijn hoe om te gaan met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg. Het ongeschreven beleid geeft wel een richtlijn en handvatten voor het bepalen van de wilsbekwaamheid door hulpverleners, maar dat beleid is in de praktijk voor ambulancezorgverleners nagenoeg niet te vinden. Dit komt doordat ambulancezorgverleners hulpverleners op straat en bij patiënten thuis, vaak onder tijdsdruk. Het zou daarom goed zijn om van het ongeschreven beleid geschreven beleid te maken en het op te nemen in een protocol. Zo is de informatie direct en op locatie beschikbaar voor de ambulancezorgverleners.

⁵⁷ Zie bijlage 7, interview W. & X., p. 8.

⁵⁸ Zie bijlage 7, interview B., p. 4-5; zie ook bijlage 7, interview W. & X., p. 8.

Hoofdstuk 4. De huidige werkwijze en benodigde aanpassingen

Dit hoofdstuk bespreekt in hoeverre de huidige werkwijze met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg van de RAV Brabant MWN al voldoet aan de huidige wetgeving en jurisprudentie en op welke punten zij haar werkwijze nog moet aanpassen. Allereerst beschrijft paragraaf 4.1 in hoeverre de huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN op dit moment al voldoet aan de huidige wetgeving. Vervolgens beschrijft paragraaf 4.2 hoe er tot nu toe geoordeeld is in (tucht-)rechtszaken met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Daarna beschrijft paragraaf 4.3 welke concrete veranderingen in de werkwijze van de RAV Brabant MWN noodzakelijk zijn, gelet op de huidige wetgeving. Een tussenconclusie sluit dit hoofdstuk af.

4.1 Huidige werkwijze in verhouding tot wetgeving

De huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN is gebaseerd op het LPA en de individuele handelwijze van de verschillende ambulancezorgverleners. Hoe verhouden deze twee onderdelen zich tot de huidige wetgeving?

4.1.1 Het LPA

Om toestemming te kunnen geven heeft de patiënt informatie van de hulpverlener nodig. Het recht op informatie heeft dus een duidelijk verband met het toestemmingsvereiste. Toestemming is alleen geldig als de patiënt goed geïnformeerd is over de aard en context van de verrichting waar hij toestemming voor geeft. Men spreekt dan van informed consent. Het toestemmingsvereiste en de informatieplicht komen in het protocol pas ter sprake, wanneer een patiënt een behandeling weigert en niet wanneer een patiënt zorg wel accepteert. Deze principes zijn echter van toepassing op alle behandelingsovereenkomsten. Dit blijkt op geen enkele wijze uit het protocol. Dat is in strijd met artikel 7:448 en 7:450 BW.

Informatie

Het protocol stelt dat de patiënt alleen geïnformeerd dient te worden over de werkdiagnose en de mogelijke behandeling. Dit wijkt af van het bepaalde in artikel 7:448 BW, waarin meer onderdelen met betrekking tot de informatieplicht zijn opgenomen. De bepalingen van artikel 7:448 lid 2 sub a tot en met e BW zouden ook de aandacht moeten hebben van de ambulancezorgverleners. Om tot informed consent te kunnen komen, zal de patiënt meer informatie moeten krijgen dan enkel over de werkdiagnose en de mogelijke behandeling. Ook moet de ambulancezorgverlener zich, volgens artikel 7:448 lid 3 BW, tijdens een gesprek op de hoogte stellen van de situatie en de behoeften van de patiënt. De patiënt moet uitgenodigd worden vragen stellen en krijgt desgewenst schriftelijk of elektronisch aanvullende informatie. Het protocol zegt hier niets over. Het protocol beschrijft het geven van informatie, het checken of dat begrepen is en dan het vragen van toestemming. Dit sluit niet aan bij de informatieplicht van artikel 7:448 BW.

Toestemming

In artikel 7:450 lid 1 BW is gesteld dat de toestemming van de patiënt is vereist voor alle verrichtingen die uit die behandelingsovereenkomst voortvloeien. Dit is opgenomen in het protocol 2.10 'Weigering behandeling'. In dit protocol is ook opgenomen dat bij patiënten:

- Jonger dan twaalf jaar de toestemming van de ouders of wettelijk vertegenwoordigers vereist is. Dit sluit aan bij artikel 7:465 lid 1 BW in samenhang gezien met artikel 7:450 BW.
- In de leeftijd van twaalf tot zestien jaar de toestemming van de patiënt en de ouders of wettelijk vertegenwoordigers vereist is. Dit sluit aan bij artikel 7:450 lid 1 en 2 BW.
- In de leeftijd van zestien jaar of ouder de toestemming van de patiënt nodig is. Dit sluit aan bij artikel 7:450 lid 1 BW in samenhang gezien met artikel 7:447 lid 1 BW.

De schriftelijke wilsverklaring die wordt genoemd in artikel art. 7:450 lid 3 BW komt in het protocol niet voor. Ook het in artikel 7:451 BW bepaalde, over het schriftelijk vastleggen voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de patiënt toestemming heeft gegeven, staat niet in het protocol. Overigens wil dit niet zeggen dat het protocol daardoor in strijd is met de wetgeving, het protocol is hooguit (te) beperkt uitgewerkt.

Zoals eerder besproken zijn er uitzonderingen op het toestemmingsvereiste. De uitzondering voor de bewusteloze patiënt is keurig opgenomen in het protocol. De uitzondering van artikel 7:466 lid 2 BW, de veronderstelde toestemming bij een verrichting van niet ingrijpende aard, is niet opgenomen in het protocol. Dit is niet in strijd met de wet, maar wel onzorgvuldig.

Wils(on)bekwaamheid

Het begrip 'wils(on)bekwaam' is in het protocol op een beknopte, correcte manier omschreven. In het stroomschema staat echter de opmerking dat bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt gekozen moet worden voor het toepassen van onvrijwillige somatische zorg. Het uitgangspunt is dat een persoon wilsbekwaam is tot het tegendeel blijkt. Twijfel bij de ambulancezorgverlener over de wilsbekwaamheid kan niet leiden tot een behandeling zonder toestemming van de patiënt. Dit is in strijd met het zelfbeschikkingsrecht. Tevens kan dit strijdig zijn met grondrechten en mensenrechten, zoals het recht op een ieders privé (art. 17 IVBPR, art. 8 EVRM en art. 10 Grondwet) en het recht op de onaantastbaarheid van het lichaam (art. 11 Grondwet).

Vertegenwoordiging

In situaties waarin de patiënt zelf geen beslissingen kan of mag nemen, kan de ambulancezorgverlener de behandelingsovereenkomst nakomen tegenover een vertegenwoordiger van de patiënt. Dit is geregeld in artikel 7:465 BW. In lid 1 van dat artikel is bepaald dat bij een patiënt jonger dan twaalf jaar de hulpverlener de verplichtingen moet nakomen jegens de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of de voogd. Voor een minderjarige patiënt van twaalf jaar of ouder, die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake geldt hetzelfde (art. 7:465 lid 2 BW). Ook bij een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, speelt vertegenwoordiging een rol. De hulpverlener moet dan vervangende toestemming vragen aan een van de volgende vertegenwoordigers, in deze volgorde:

1. De curator of mentor;
2. De schriftelijk gemachtigde;
3. De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de patiënt;
4. Een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de patiënt.

Het protocol zegt niets over bovenstaande vertegenwoordigers en hun onderlinge rangschikking. Alleen de partner van de wilsbekwame patiënt wordt door het protocol als vertegenwoordiger gezien. Dit is onjuist en gaat in tegen de vastgestelde – hiërarchie van – vertegenwoordigers, zoals opgenomen in artikel 7:465 lid 2 en 3 BW.

In artikel 7:466 lid 1 BW staat nog een uitzondering op het toestemmingsvereiste: bij spoedeisendheid. Deze uitzondering staat in het protocol, maar is niet compleet. Er moet namelijk wel sprake zijn van noodzakelijk medisch handelen om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Door dat toe te voegen, zou het protocol beter aansluiten bij artikel 7:466 BW.

Verzet

Mocht een patiënt zich verzetten tegen een verrichting van ingrijpende aard, dan dient dit op grond van artikel 7:465 lid 6 BW gerespecteerd te worden. Zijn eventuele vertegenwoordiging speelt hierbij geen rol. Het protocol gaat aan de term 'verzet' in zijn geheel voorbij. Dit sluit niet aan bij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Het kan voorkomen dat ambulancezorgverleners verzet niet kunnen respecteren. Dit is aan de orde als de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Het protocol beschrijft de proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid die dan spelen. Maar de situatie dat een patiënt 'met rechte rug' of met politieassistentie moet worden meegenomen voor behandeling, is in strijd met het zelfbeschikkingsrecht. Tevens kan dit strijdig zijn met grondrechten en mensenrechten, zoals het verbod op het ontnemen van de vrijheid (art. 9 IVBPR, art. 5 EVRM en art. 15 Grondwet). Het vervoeren van een patiënt naar een ziekenhuis voor behandeling zal zelden de meest doelmatige en minst ingrijpende handeling zijn. Hier zijn veel meer mogelijkheden voor de ambulancezorgverleners, zoals het inschakelen van een huisarts of het regelen van andere zorg bij de patiënt thuis. Het protocol moet daar meer aandacht aan besteden.

4.1.2 De handelingswijze van de verschillende ambulancezorgverleners

De ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN handelen volgens het landelijk protocol. Dit leren ze ook zo tijdens de opleiding. Zoals hiervoor al is beschreven, voldoet dit protocol niet geheel aan de geldende wet- en regelgeving. Dan ligt het voor de hand dat de handelingswijze van de ambulancezorgverleners ook niet voldoet aan de geldende wet- en regelgeving.

Informatie

De ambulancezorgverleners geven de patiënt informatie over de werkdiaagnose en de mogelijke behandeling, conform het protocol. Om tot informed consent te kunnen komen, zal de patiënt meer informatie moeten krijgen dan dat. De bepalingen van artikel 7:448 lid 2 sub a tot en met e BW zouden ook de aandacht moeten hebben van de ambulancezorgverleners. Op grond van artikel 7:448 lid 3 BW moet de ambulancezorgverlener zich tijdens een gesprek op de hoogte stellen van de situatie en de behoeften van de patiënt. De patiënt moet uitgenodigd worden vragen stellen en de ambulancezorgverlener geeft desgewenst schriftelijk of elektronisch aanvullende informatie. De informatievoorziening van de ambulancezorgverleners sluit niet aan bij de informatieplicht van artikel 7:448 BW.

Toestemming

De ambulancezorgverleners vragen sporadisch expliciet naar de toestemming van de patiënt. Ze gaan vaak uit van veronderstelde toestemming. Pas wanneer een patiënt een behandeling weigert, worden er vragen gesteld over toestemming. Het zou meer in lijn met artikel 7:450 BW zijn wanneer er bij alle hulpverleningen om toestemming zou worden gevraagd. Dit vraagt wel om een extra handeling die het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst voor de ambulancezorgverleners minder praktisch maakt.

De ambulancezorgverleners respecteren een schriftelijke wilsverklaring, genoemd in artikel 7:450 lid 3 BW, ook al komt deze in het protocol niet voor. De reden hiervan is dat de ambulancezorgverleners hier ervaring mee hebben, bijvoorbeeld bij een niet reanimeren-verklaring.

Wils(on)bekwaamheid

Ambulancezorgverleners lijken het uitgangspunt te respecteren dat een persoon wilsbekwaam is tot het tegendeel blijkt. Ze vinden het lastig om een wilsbekwaamheid te beoordelen en hebben allemaal een eigen manier om dat te doen, maar zorg onder dwang is door geen van de geïnterviewde ambulancezorgverleners toegepast. Dit sluit aan bij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Vertegenwoordiging

Voor vertegenwoordiging verwijzen de ambulancezorgverleners naar het protocol. Zij kijken dus alleen naar de wens van de partner van de patiënt. Op een enkeling na, kennen de ambulancezorgverleners ook geen andere vertegenwoordigers. Dit is in strijd met artikel 7:465 lid 2 en 3 BW.

Verzet

Mocht een patiënt zich verzetten tegen een verrichting van ingrijpende aard, dan dient dit op grond van artikel 7:465 lid 6 BW gerespecteerd te worden. De ambulancezorgverleners doen dit ook. Niet direct vanwege de wetgeving, maar ze geven aan niet met een patiënt te gaan vechten. Dit sluit aan bij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, ondanks dat dit zelfbeschikkingsrecht niet de gebruikte reden is.

4.2 Rechterlijke uitspraken

Op het gebied van het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten zijn er diverse uitspraken gedaan door de rechter. Een aantal van deze rechterlijke uitspraken komen hierna aan bod.

4.2.1 Europees Hof voor de Rechten van de Mens: Zelfbeschikkingsrecht

Zelfbeschikking is een belangrijk rechtsbeginsel bij het toepassen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. In een zaak die speelde voor het EHRM was de vraag of het zelfbeschikkingsrecht zwaarder moest wegen dan de bescherming van het leven en de gezondheid van een patiënt. In deze casus stond een groep Jehova's getuigen tegenover de Russische staat. De Jehova's getuigen weigeren bloedtransfusie op grond van hun geloof, ook in levensbedreigende situaties. De Russische staat vindt deze weigering niet acceptabel, omdat met bloedtransfusie het leven en de gezondheid van een patiënt gered kan worden. Volgens het EHRM weegt bij een wilsbekwame weigering van een medische behandeling - en dus ook bij bloedtransfusie- het zelfbeschikkingsrecht zwaarder dan de bescherming van leven en gezondheid van de patiënt. Het EHRM zegt dit als volgt:

“The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom and the notions of self-determination and personal autonomy are principles underlying the interpretation of its guarantees. [...] In the sphere of medical assistance, even where the refusal to accept a particular treatment might lead to a fatal outcome, the imposition of medical treatment without the consent of a mentally competent adult patient would interfere with his or her right to physical integrity and impinge on the rights protected under Article 8 of the Convention. The freedom to accept or refuse specific medical treatment, or to select an alternative form of treatment, is vital to the principles of self-determination and personal autonomy. A competent adult patient is free to decide, for instance, whether or not to undergo surgery or treatment or, by the same token, blood transfusions. However, for this freedom to be meaningful, patients must have the right to make choices that accord with their own views and values, regardless of how irrational, unwise or imprudent such choices may appear to others.”⁵⁹

⁵⁹ EHRM 10 juni 2010, ECLI:CE:ECHR:2010:0610JUD000030202 (*Getuigen van Jehova van Moskou/Rusland*), r.o. 135 & 136.

Wel mag er dan geen oneigenlijke druk van buiten op de patiënt worden uitgeoefend en moet de patiënt adequaat zijn geïnformeerd over de mogelijke consequenties van zijn weigering.

4.2.2 Hoge Raad: Informed consent

Een patiënt zal goed geïnformeerd moeten worden om een keuze te kunnen maken en toestemming te kunnen geven voor een behandeling: Er moet sprake zijn van informed consent. Het belang van informed consent in relatie tot het zelfbeschikkingsrecht wordt door de Hoge Raad nog eens onderstreept in twee zaken betreffende medische aansprakelijkheid. In de ene zaak ging het om een patiënt die een zenuwbeschadiging heeft overgehouden aan een operatie. In de andere zaak heeft de patiënt na een behandeling aan de wervelkolom een totale dwarslaesie opgelopen. In beide zaken ging het om de vraag of de omkeringsregels van de bewijslast moest worden toegepast om de schade en het causaal verband te bewijzen. Het Hof heeft zich in deze zaken ook duidelijk uitgesproken over de informatieplicht van een hulpverlener:

“Deze op de arts rustende verplichting de patiënt op een duidelijke wijze in te lichten over de risico’s verbonden aan de voorgestelde behandeling, strekt [...] ertoe de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd te beslissen of hij al dan niet toestemming voor de behandeling zal geven. Het tekortschieten in de nakoming van deze verplichting roept het risico in het leven dat de patiënt niet op de door hem gewenste wijze van zijn zelfbeschikkingsrecht gebruik kan maken, het risico derhalve dat hij een keuze maakt die hij mogelijk niet gemaakt zou hebben als hij goed geïnformeerd was.”⁶⁰

4.2.3 Rechtbank en Gerechtshof: Strafrechtelijke vervolging

Informed consent, de informatieplicht en goed hulpverlenerschap spelen ook een rol bij een mogelijke strafrechtelijke vervolging van de ambulancezorgverleners. Dat blijkt uit een zaak die voor het gerechtshof Amsterdam is behandeld. In deze zaak is een basisarts, tevens acupuncturist, volgens het gerechtshof te kort geschoten in het geven van informatie, het voldoen aan het vereiste van informed consent en goed hulpverlenerschap. De betrokken patiënt sterft daardoor aan onbehandelde borstkanker. De arts wordt veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf voor de duur van acht maanden.⁶¹

Overigens kan een ambulancezorgverlener ook voor andere artikelen in het Wetboek van Strafrecht worden vervolgd als hij een fout maakt tijdens de uitvoering van zijn werkzaamheden. In een andere zaak wordt een ambulancezorgverlener bijvoorbeeld vervolgd voor het in hulpeloze toestand achterlaten van een patiënt, als omschreven in artikel 255 van het Wetboek van Strafrecht. In deze zaak heeft een ambulancezorgverlener een patiënt beoordeeld en het besluit genomen om deze agressieve man te laten vervoeren naar een politiebureau. De patiënt zou daar beoordeeld worden door een psychiater van de crisisdienst. De patiënt is in een observatiecel overleden voordat de psychiater aankomt op het politiebureau. De rechter oordeelt dat er wilswaar fouten zijn gemaakt bij de beoordeling van de situatie waarin de patiënt zich bevond, maar stelt dat er geen sprake is van opzet. Nu opzet wel nodig is om te voldoen aan de delictsomschrijving, wordt de ambulancezorgverlener vrijgesproken.⁶²

⁶⁰ HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, r.o. 3.5.4; HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, r.o. 3.5.3.

⁶¹ Hof Amsterdam 15 december 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:5229.

⁶² Rb. Amsterdam 27 oktober 2005, ECLI:NL:RBAMS:2005:AU5098.

In veel gevallen kan de vraag worden gesteld of toepassing van het strafrecht in de gezondheidszorg meerwaarde heeft. Het strafrecht is een ultimum remedium en er zijn ook andere mogelijkheden om een hulpverlener te vervolgen. Het gerechtshof Ben Bosch zegt daar in een zaak het volgende over:

“Evident is dat artsen tijdens de uitoefening van hun beroep voortdurend beslissingen moeten nemen terwijl er sprake is van meerdere onzekere factoren en het in beginsel ongewenst is aan de in dat kader genomen beslissingen strafrechtelijke consequenties te verbinden. Het hof hecht er belang aan op te merken dat voorkomen moet worden dat artsen zich door de vrees van strafrechtelijke vervolging niet meer vrij voelen te doen wat zij in het belang van hun patiënt achten.”⁶³

Strafrechtelijke vervolging van ambulancezorgverleners is dus mogelijk, maar de vraag is of dit ook mogelijk is in een situatie waarbij de patiënt zelf aangeeft niet geholpen te willen worden. Wellicht is het in deze situaties, voornamelijk voor de bewijsvoering, een idee om de patiënt een document te laten ondertekenen waarin hij expliciet aangeeft niet geholpen te willen worden. Hier is aanvullend onderzoek naar nodig.

4.2.4 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangbehandeling

Informed consent speelde ook een rol in de een zaak die is beoordeeld door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De thuiszorg belt de huisartsenpost over een patiënt met pijn. Na een tweede telefoontje over dezelfde patiënt binnen een paar uur besluit de huisartsenpost een visite af te spreken. Een dienstdoend huisarts van de huisartsenpost legt de visite af. De huisarts wil de patiënt insturen naar het ziekenhuis voor onderzoek, de patiënt stemt daarmee in evenals een zoon van de patiënt. Een andere zoon is het hier niet mee eens. De huisarts had de indruk dat de familie (onbewust) tegen de instemming en het medisch belang van de patiënt wilde handelen. De huisarts heeft daarop besloten, in het belang van de patiënt, de patiënt toch te laten vervoeren naar het ziekenhuis. De patiënt is door ambulancezorgverleners uit huis gehaald en vervoerd naar het ziekenhuis. Bij het vervoer in de woning heeft de patiënt een bloedende schaafwond op het scheenbeen opgelopen.

De zoon van de patiënt dient een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De zoon verwijt de huisarts dat de patiënt zonder toestemming is vervoerd naar het ziekenhuis. Volgens de zoon is sprake van ontvoering en zware mishandeling.

De huisarts geeft in zijn verweer aan dat hij de patiënt wilsbekwaam achtte en heeft ingestemd met het vervoer naar het ziekenhuis, evenals een van haar zonen. De huisarts heeft aangegeven de keuze voor vervoer naar het ziekenhuis samen met de patiënt gemaakt te hebben, ook al was de rest van de familie het niet met deze beslissing eens. Volgens de huisarts is er geen sprake van dwangopname of dwangbehandeling. Het College gaat hierin mee. Omdat de patiënt wilsbekwaam geacht werd, was van vertegenwoordiging geen sprake. Alleen de eigen toestemming van de patiënt was vereist voor de behandeling en de patiënt heeft die ook gegeven.

Toch stelt het College dat het raadzaam was geweest om in contact te treden met de familie over de noodzaak van de voorgestelde behandeling en de mogelijke alternatieven. Ook is de vraag of het vervoer naar een ziekenhuis in deze situatie de enige reële optie was of dat er met een minder ingrijpende optie kon worden volstaan. De huisarts had de alternatieven nadrukkelijker onder ogen moeten zien en met de patiënt (en haar familie) daarover beter moeten communiceren.

⁶³ Hof Den Bosch 11 juli 2019, ECLI:NL:GHSHE:2019:2406.

De huisarts heeft met andere woorden niet voldaan aan zijn informatieplicht. Het College verklaart de klacht op dit onderdeel gegrond en legt de huisarts daarvoor een maatregel op in de vorm van een waarschuwing. Het CTvG verenigt zich met het oordeel van het RTvG en de daaraan ten grondslag liggende overwegingen. Het beroep van de klager wordt verworpen en de maatregel blijft in stand.⁶⁴

4.2.5 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangmiddelen

In deze casus is een ambulancezorgverlener uitgekomen bij een verwarde man, die zich niet goed voelde, rare geluiden maakte en niet op zijn benen kon staan. De ambulancezorgverleners dachten dat de man een subarachnoïdale bloeding had. De politie is de ambulancezorgverleners komen assisteren, omdat er geen manier was om de man zonder hulp via de trap naar beneden te vervoeren. In overleg met de politie is besloten de patiënt te boeien om hem veilig van de trap te transporteren. Bij het boeien voelde de ambulancezorgverleners een knak in de arm van de patiënt. Later bleek deze arm gebroken te zijn.

De patiënt, gesteund door de Inspectie Gezondheidszorg, dient een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De Inspectie Gezondheidszorg heeft ter zitting aangegeven dat het haar vooral gaat om het boeien van de patiënt. De Inspectie Gezondheidszorg vindt dat het inroepen van de politie om dwangmiddelen toe te passen aan de orde kan zijn in situaties waarin de veiligheid van de hulpverleners in gevaar is. Volgens de inspectie was daarvan in dit geval geen sprake, maar ging het om een acuut zieke, op dat moment wilsonbekwame, patiënt.

Het College stelt dat de ambulancezorgverlener de meest ernstige en acute inschatting van de ziekte van de patiënt op de voorgrond heeft geplaatst en in redelijkheid tot deze inschatting heeft kunnen komen. Bij een dergelijke inschatting is er maar één optie: De patiënt zo snel en veilig mogelijk vervoeren naar het ziekenhuis. Het College is van oordeel dat in de gegeven omstandigheden (zieke en onrustige patiënt, grote tijdsdruk) de ambulancezorgverlener mocht oordelen dat vervoer over de trap zonder veiligheidsmaatregelen, met het oog op de veiligheid van de patiënt, niet verantwoord was. Het vastbinden van de armen, voor een zo kort mogelijke periode, was in dit geval acceptabel. Het College verklaart de klacht ongegrond.⁶⁵

4.2.6 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: Dwangbehandeling

In deze casus is een persoon van zijn fiets gevallen en buiten bewustzijn geraakt. Omstanders hebben een 112-melding gedaan van het ongeval. Na de melding is de ambulancezorgverlener met de ambulance naar de plaats van het ongeval gegaan. Op straat werd de patiënt aangetroffen. De patiënt had een hoofdwond. Volgens de ambulancezorgverlener was de patiënt bij kennis, maar oogde hij verward. De patiënt was slecht georiënteerd in tijd en plaats. De patiënt leek onder invloed te zijn van alcohol. De ambulancezorgverlener heeft de patiënt verteld dat het noodzakelijk was om mee te gaan naar het ziekenhuis voor ander onderzoek. Ook wilde de ambulancezorgverlener de patiënt lichamelijk onderzoeken. De patiënt wilde dit niet en heeft zich fysiek en verbaal tegen het lichamelijk onderzoek verzet.

Onder begeleiding van de aanwezige politie is het de ambulancezorgverlener gelukt de patiënt, zij het zeer summier, lichamelijk te onderzoeken. De ambulancezorgverlener heeft, naar aanleiding van zijn bevindingen, op basis van het LPA geoordeeld dat de patiënt vervoerd moest worden naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis en dit ook uitgevoerd.

⁶⁴ CTvG 15 augustus 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:237; zie ook RTvG 16 december 2016, ECLI:NL:TGZRZWO:2016:135.

⁶⁵ RTvG 4 mei 2012, ECLI:NL:TGZREIN:2012:YG1992.

De patiënt heeft tegen de ambulancezorgverlener een klacht ingediend bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De patiënt verwijt de ambulancezorgverlener dat hij de patiënt onder dwang heeft behandeld. Het College beoordeelt de zaak en verklaart de klacht kennelijk ongegrond.

Het College twijfelt niet aan de waarnemingen van de ambulancezorgverlener en vindt het (summiere) lichamelijk onderzoek terecht, zeker gezien de hoofdwond van de patiënt. De ambulancezorgverlener heeft geheel gehandeld volgens de geldende richtlijnen. Vervoer van de patiënt naar de spoedeisende hulp was immers geïndiceerd op basis van het LPA. Volgens het College kan de ambulancezorgverlener daarom geen tuchtrechtelijk verwijt gemaakt worden.⁶⁶

4.3 Noodzakelijke veranderingen

Om te voldoen aan de wet-, regelgeving en jurisprudentie zijn een aantal concrete wijzigingen in de werkwijze van de RAV Brabant MWN nodig. Ook hier zijn twee onderdelen te onderscheiden: Het LPA en de individuele handelwijze van de verschillende ambulancezorgverleners.

4.3.1 De individuele ambulancezorgverleners

Ambulancezorgverleners handelen op basis van landelijk geldende protocollen. Doordat een goed protocol en goed beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten ontbreken, is de handelwijze van de individuele ambulancezorgverleners in deze situaties niet altijd conform LPA 2.10 'Weigering behandeling'.

Ambulancezorgverleners handelen in deze situaties op een eigen manier. Dit moet veranderen.

Ambulancezorgverleners moeten zich in deze situaties aan het geldende protocol houden, om een tuchtrechtelijk verwijt te voorkomen. Een tuchtrechter beoordeelt een klacht namelijk op handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.⁶⁷ Aangezien ambulancezorgverleners moeten handelen conform het LPA, kijkt de tuchtrechter dus of de ambulancezorgverlener zich heeft gehouden aan de geldende richtlijnen en het protocol.⁶⁸ Dat het protocol in strijd lijkt te zijn met de huidige wet- en regelgeving, doet hier niets aan af. Het is niet aan de individuele ambulancezorgverleners om uit te zoeken of een protocol voldoet aan de wet- en regelgeving. Daar moeten zij van uit kunnen gaan. Het is aan de RAV Brabant MWN en de landelijke protocollencommissie om te zorgen dat de protocollen juist zijn, zodat ambulancezorgverleners hun werk goed kunnen uitvoeren.

Naast een tuchtrechtelijke aansprakelijkheid is strafrechtelijke vervolging van ambulancezorgverleners mogelijk, maar de vraag is of dit ook mogelijk is in een situatie waarbij de patiënt zelf aangeeft niet geholpen te willen worden. Het gerechtshof Den Bosch geeft aan dat het in beginsel ongewenst is strafrechtelijke consequenties te verbinden aan beslissingen genomen in het kader van de uitvoering van het medisch beroep. Het gerechtshof zegt echter niet dat het onmogelijk is. Hier is aanvullend onderzoek naar nodig.

Naast een tucht- en/of strafrechtelijke aansprakelijkheid voor de ambulancezorgverleners is er ook sprake van een civielrechtelijk risico voor de RAV Brabant MWN. Dit speelt als er sprake is van een medische fout door een ambulancezorgverlener en die fout schade oplevert voor de patiënt.

⁶⁶ RTvG 21 juli 2020, ECLI:NL:TGZRSGR:2020:83.

⁶⁷ RTvG 17 april 2020, ECLI:NL:TGZRAMS:2020:64, r.o. 4.1; zie ook RTvG 3 november 2020, ECLI:NL:TGZRSGR:2020:118, r.o. 5.2; zie ook RTvG 13 april 2022, ECLI:NL:TGZREIN:2022:15, r.o. 5.1.

⁶⁸ RTvG 21 juli 2020, ECLI:NL:TGZRSGR:2020:83, r.o. 5.2 & 5.3.

De Hoge Raad heeft in het Speeckaert/Gradener-arrest beslist in welke gevallen sprake kan zijn van een medische fout. De Hoge Raad spreekt in dit arrest over een medische fout als een behandelaar gehandeld heeft op een wijze die beneden de maat is. Als maatstaf daarvoor gebruikt de Hoge Raad: de zorgvuldigheid van een redelijk bekwame en redelijk handelende vakgenoot.⁶⁹ De maatstaf van de RAV Brabant MWN is dat alle vakgenoten -de ambulancezorgverleners- handelen volgens het landelijk protocol. Als een individuele ambulancezorgverlener dus niet handelt volgens dit landelijk protocol kan dit aangemerkt worden als een medische fout.

Daarnaast moet een ambulancezorgverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen op grond van artikel 7:453 BW. Hij moet hierbij handelen volgens de professionele standaarden. Deze professionele standaarden bestaan uit regels en normen die blijken uit de opleidingseisen, de inzichten en ervaringen uit de geneeskundige praktijk, wetenschappelijke literatuur, protocollen en gedragsregels. Als een ambulancezorgverlener zich niet houdt aan de professionele standaard zoals bedoeld in artikel 7:453 BW, handelt hij onjuist.

Als een patiënt door een medische fout schade oploopt, kan de patiënt schadevergoeding vorderen op grond van wanprestatie genoemd in artikel 6:74 BW of onrechtmatige daad genoemd in artikel 6:162 BW. De RAV Brabant MWN is dan op grond van artikel 6:170 BW als werkgever tegenover derden (de patiënt) aansprakelijk voor de schade veroorzaakt door zijn ondergeschikten, de ambulancezorgverleners. Om schadeclaims te voorkomen heeft de RAV Brabant MWN goede redenen om de ambulancezorgverleners te wijzen op het volgen van de landelijke protocollen.

4.3.3 Het LPA

De RAV Brabant MWN moet zorgdragen voor een duidelijk beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Ambulancezorgverleners krijgen dan de juiste handvatten om hun werkzaamheden op een correcte manier uit te voeren. Alle ambulancezorgverleners kunnen die werkzaamheden dan ook op dezelfde manier uitvoeren. Daarnaast moet de landelijke protocollencommissie het LPA 2.10 'Weigering behandeling' op een aantal punten aanpassen. Als de landelijke protocollencommissie dit niet doet, kan de RAV Brabant MWN ervoor kiezen een aangepast regionaal protocol te maken. De punten die aanpassing nodig hebben, komen hierna aan bod.

Informed consent

Informed consent is van toepassing op alle behandelingsovereenkomsten van de RAV Brabant MWN. Het protocol zou dit moeten benoemen.

Informatie

Om tot informed consent te kunnen komen, zal de patiënt meer informatie moeten krijgen dan enkel over de werkd Diagnose en de mogelijke behandeling. De ambulancezorgverlener moet het gesprek aangaan met de patiënt, om zich op de hoogte te stellen van de situatie en de behoeften van de patiënt. De bepalingen van artikel 7:448 lid 2 sub a tot en met e BW kunnen hierbij als leidraad dienen. Dit moet in het protocol staan.

Toestemming

Het protocol moet de schriftelijke wilsverklaring benoemen. Hetzelfde geldt voor de uitzondering van artikel 7:466 lid 2 BW, de veronderstelde toestemming bij een verrichting van niet ingrijpende aard.

⁶⁹ HR 9 november 1990, ECLI:NL:HR:1990:AC1103.

Wils(on)bekwaamheid

De opmerking over het beoordelen van de wilsbekwaamheid in acute situaties en het kiezen voor behandeling/vervoer bij twijfel moet uit het protocol.

Vertegenwoordiging

Het protocol moet alle vertegenwoordigers en hun onderlinge rangschikking opnemen, om duidelijkheid te creëren voor de ambulancezorgverleners. Aan de uitzondering van artikel 7:466 lid 1 BW, zoals beschreven in het protocol, moet toegevoegd worden dat er sprake moet zijn van noodzakelijk medisch handelen om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Verzet

Het protocol moet duidelijker zijn over -het accepteren van- verzet van de patiënt en de mogelijke strijd met 'goed hulpverlenerschap'. Het vervoeren van een patiënt naar een ziekenhuis voor behandeling zal niet altijd de meest doelmatige en minst ingrijpende handeling zijn. Het protocol moet aandacht besteden aan andere mogelijkheden voor de ambulancezorgverleners.

4.4 Tussenconclusie

De huidige werkwijze van de RAV Brabant MWN voldoet op een aantal punten al aan de wet-, regelgeving en jurisprudentie. Toch zijn er aanpassingen noodzakelijk om op alle punten te voldoen aan de wet-, regelgeving en jurisprudentie.

Ten eerste handelen de ambulancezorgverleners niet altijd volgens het protocol 2.10 'Weigering behandeling', terwijl dit wel van ze verwacht wordt. Dit kan bij klachten tot problemen voor de individuele ambulancezorgverlener leiden. De tuchtrechter toetst namelijk of de ambulancezorgverlener heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening en zich heeft gehouden aan de geldende richtlijnen en het protocol. Ook strafrechtelijke vervolging van een ambulancezorgverlener is mogelijk, maar de vraag is of dit ook mogelijk is in een situatie waarbij de patiënt zelf aangeeft niet geholpen te willen worden. Verder onderzoek naar dit onderwerp is nodig. Naast een aansprakelijkheid voor de individuele ambulancezorgverlener is er, bij het niet volgen van de landelijke protocollen, ook sprake van een civielrechtelijk risico voor de RAV Brabant MWN. De RAV Brabant MWN is namelijk als werkgever tegenover de patiënt aansprakelijk voor de schade veroorzaakt door de ambulancezorgverleners.

Ten tweede moet de RAV Brabant MWN zorgen voor een duidelijk beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Ambulancezorgverleners krijgen dan de juiste handvatten om hun werkzaamheden op een correcte manier uit te voeren.

Ten derde voldoet het protocol niet aan de huidige wet-, regelgeving en jurisprudentie. Het protocol heeft aanpassingen nodig met betrekking tot de onderwerpen informatie, toestemming, wils(on)bekwaamheid, vertegenwoordiging en verzet. Ook moet het protocol aandacht besteden aan het verkrijgen van informed consent bij alle behandelingsovereenkomsten tussen de RAV Brabant MWN en haar patiënten. Als het protocol landelijk niet aangepast wordt, kan de RAV Brabant MWN ervoor kiezen een aangepast regionaal protocol te maken.

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag waar ambulancezorgverleners op moeten letten bij het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten, gezien de bepalingen in Boek 1 en 7 van het Burgerlijk Wetboek, jurisprudentie en tuchtrechtspraak.

Voor de gezondheidszorg zijn mensenrechten en grondrechten uitermate belangrijk. Bij het verlenen van zorg kunnen deze rechten in het geding komen. Om dit te voorkomen zijn er in Europese en landelijke wet- en regelgeving bepalingen met betrekking tot patiëntenrechten opgenomen. Daarnaast is het zelfbeschikkingsrecht voor het verlenen van zorg bijzonder relevant. Het uitgangspunt bij het verlenen van zorg is dat de patiënt zelf mag en kan bepalen of hij een behandeling wil ondergaan.

Om die reden is toestemming van de patiënt vereist voor alle verrichtingen die uit die behandelingsovereenkomst voortvloeien. Om toestemming te kunnen geven heeft de patiënt informatie van de hulpverlener nodig. De patiënt geeft dan geïnformeerd toestemming en maakt daarmee gebruik van het zelfbeschikkingsrecht. Handelt de ambulancezorgverlener zonder toestemming van de patiënt, dan is er in de basis sprake van onvrijwillige zorg.

In dit soort situaties kan de ambulancezorgverlener terugvallen op het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA), meer specifiek op LPA 2.10 'Weigering behandeling'. Dit protocol is echter niet geheel in lijn met de huidige wet- en regelgeving. Zo kan het voorkomen dat een ambulancezorgverlener handelt volgens het protocol en daardoor (onbewust) een inbreuk maakt op de rechten van de patiënt. Er zijn daarnaast ambulancezorgverleners die niet altijd volgens het protocol handelen, terwijl dit wel van ze verwacht wordt. Het geschreven beleid van de RAV Brabant MWN geeft ambulancezorgverleners ook geen duidelijke richtlijn hoe om te gaan met het verlenen van onvrijwillige somatische zorg. Het ongeschreven beleid geeft wel een richtlijn en handvatten voor het bepalen van de wilsbekwaamheid door hulpverleners, maar dat beleid is in de praktijk voor ambulancezorgverleners nagenoeg niet te vinden. Doordat een goed protocol en goed beleid ontbreken, pakken ambulancezorgverleners deze situaties ieder op een eigen manier aan, met wisselende gevolgen.

Voor de individuele ambulancezorgverlener kan dit tot problemen leiden. De tuchtrechter toetst namelijk of de ambulancezorgverlener heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening en zich heeft gehouden aan de geldende richtlijnen en het protocol. Ambulancezorgverleners doen er daarom goed aan zich in deze situaties aan het geldende protocol houden, ook al lijkt dit protocol in strijd te zijn met de huidige wet- en regelgeving. Ook strafrechtelijke vervolging van een ambulancezorgverlener is mogelijk, maar de vraag is of dit ook mogelijk is in een situatie waarbij de patiënt zelf aangeeft niet geholpen te willen worden. Verder onderzoek naar dit onderwerp is nodig. Naast een aansprakelijkheid voor de individuele ambulancezorgverlener is er, bij het niet volgen van de landelijke protocollen, ook sprake van een civielrechtelijk risico voor de RAV Brabant MWN. De RAV Brabant MWN is namelijk als werkgever tegenover de patiënt aansprakelijk voor de schade veroorzaakt door de ambulancezorgverleners.

Daarnaast moet de RAV Brabant MWN zorgen voor een duidelijk beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Ook heeft het protocol aanpassingen nodig om in lijn te komen met de huidige wet-, regelgeving en jurisprudentie. Als het protocol landelijk niet aangepast wordt, kan de RAV Brabant MWN ervoor kiezen een aangepast regionaal protocol te maken. Ambulancezorgverleners krijgen dan de juiste handvatten om hun werkzaamheden op een correcte manier uit te voeren.

5.2 Aanbevelingen

Om onvrijwillige somatische zorg aan patiënten te kunnen geven is het voor de ambulancezorgverleners van de RAV Brabant MWN wenselijk om actueel beleid en een actueel protocol te hebben. Daarnaast is het voor de RAV Brabant MWN raadzaam om de ambulancezorgverleners te wijzen op de risico's die de ambulancezorgverlener persoonlijk loopt en de risico's die de RAV Brabant MWN als organisatie loopt, wanneer de protocollen niet (geheel) gevolgd worden.

De RAV Brabant MWN dient te zorgen voor het actuele beleid met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten. Hiervoor moeten nieuwe beleidsregels geformuleerd worden. Het huidige ongeschreven beleid geeft een goede basis voor de nieuwe beleidsregels. Het is belangrijk dat het nieuwe beleid direct en op locatie beschikbaar is voor de ambulancezorgverleners. Dit kan door het beleid op te nemen in een protocol. Het nieuw te formuleren beleid dient ook aandacht te besteden aan de basisbeginselen van informed consent. Dit beginsel komt nu pas ter sprake wanneer er sprake is van het weigeren van zorg en dat is niet correct, aangezien het informed consent geldt voor alle behandelingsovereenkomsten tussen de RAV Brabant MWN en haar patiënten.

Het protocol heeft aanpassingen nodig met betrekking tot de onderwerpen informatie, toestemming en informed consent. Zo zou het protocol moeten vermelden dat informed consent van toepassing is op alle behandelingsovereenkomsten tussen de RAV Brabant MWN en haar patiënten, dat toestemming vereist is voor alle handelingen die uit de behandelingsovereenkomst voortvloeien en welke informatie precies gegeven moet worden. De opmerking over het beoordelen van de wilsbekwaamheid in acute situaties en het kiezen voor behandeling/vervoer bij twijfel moet uit het protocol gehaald worden. Het protocol moet alle vertegenwoordigers en hun onderlinge rangschikking opnemen, om duidelijkheid over vertegenwoordiging te creëren voor de ambulancezorgverleners. Het protocol moet aandacht besteden aan andere behandelmogelijkheden voor de ambulancezorgverleners, door henzelf of andere acute zorgverleners. Het vervoeren van een patiënt naar een ziekenhuis voor behandeling zal niet altijd de meest doelmatige en minst ingrijpende handeling zijn. Als het protocol door de landelijke protocollencommissie niet aangepast wordt, moet de RAV Brabant MWN ervoor kiezen om een regionaal protocol met betrekking tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg aan patiënten te maken.

Verder is aanvullend onderzoek nodig naar mogelijke strafrechtelijke vervolging van ambulancezorgverleners, in situaties waarin zij onvrijwillige somatische zorg toepassen en situaties waarin zij geen zorg toepassen aangezien de patiënt geen toestemming geeft.

Literatuurlijst

Akerboom, e.a. 2011

C.P.M. Akerboom e.a., *Thematische wetsevaluatie. Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging*, Den Haag: ZonMW 2011.

Appelbaum & Grisso *The New Engl J Med* 1988/319/1635-8

P.S. Appelbaum & T. Grisso, 'Assessing patients' capacities to consent to treatment', *The New Engl J Med* 1988/319/1635-8.

Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid

Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener), Den Haag: Rijksoverheid 2007.

Handreiking wet verplichte geestelijke gezondheidszorg in de ambulancezorg

Handreiking wet verplichte geestelijke gezondheidszorg in de ambulancezorg, Zwolle: Ambulancezorg Nederland 2021.

Handreiking wet zorg en dwang in de ambulancezorg

Handreiking wet zorg en dwang in de ambulancezorg, Zwolle: Ambulancezorg Nederland 2021.

Handreiking wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra

Handreiking wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022.

Leenen, e.a. 2020

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020.

Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandelingen bij volwassen IC-patiënten

Leidraad palliatieve zorg en staken van levensverlengende behandelingen bij volwassen IC-patiënten, versie 2.0, Utrecht: Commissie Ethiek NVIC 2021.

Meersbergen, van & Biesart 2019

D.Y.A. van Meersbergen & M.C.I.H. Biesart, *Praktisch gezondheidsrecht*, Utrecht: Noordhoff Uitgevers 2019.

Uniform begrippenkader ambulancezorg

Uniform begrippenkader ambulancezorg, versie 4.0, Zwolle: Ambulancezorg Nederland 2021.

Vinkers, e.a. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014/158/A7229

C.H. Vinkers e.a., 'Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014/158/A7229.

Witmer & De Roode 2004

J.M. Witmer & R.P. de Roode, *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO (Deel 2 informatie en toestemming)*, Utrecht: KNMG 2004.

Bijlagen

Bijlage 1:	Praktijkaart Wilsonbekwaamheid LHV
Bijlage 2:	Informed consent beleid ETZ
Bijlage 3:	Document toestemming/wettelijke vertegenwoordiging/vaststellen van wils(on)bekwaamheid ETZ
Bijlage 4:	Nieuwsbericht Wvggz, RAV Brabant MWN, Ambupoint
Bijlage 5:	Document Wetten en standaarden, RAV Brabant MWN, Zenya
Bijlage 6:	Document Achterwacht VS en MMA, RAV Brabant MWN, Zenya
Bijlage 7:	Transcriptie interviews